

ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN



ÖBIG

SELBSTBETEILIGUNG

**Internationaler Vergleich
und Implikationen für Österreich**

**IM AUFTRAG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN**

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

SELBSTBETEILIGUNG

Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich

Ingrid Rosian

Stephan Mildschuh

Sabine Vogler

Petra Winkler

Unter Mitarbeit von:

Katja Antony

Beiträge vom Industriewissenschaftlichen Institut (iwi)

Eva Pichler

Evelyn Walter

Wien, November 2002

Im Auftrag des
Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

Zl.: 4401/2002

Eigentümer und Herausgeber: ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) - Für den Inhalt verantwortlich: Sebastian Kux - Lektorat: Johannes M. Treytl - Sekretariat: Natalie Krystl - Grafische Arbeiten: Natalie Krystl - Technische Herstellung: Ferenc Schmauder - Alle: A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon +43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72, e-mail: nachname@oebig.at, <http://www.oebig.at>

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

In zahlreichen Ländern kommen Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen zur Anwendung. Immer mehr Staaten führten im Laufe des vergangenen Jahrzehnts neue Selbstbeteiligungen ein, erhöhten bestehende Zuzahlungen oder schlossen Gesundheitsleistungen aus der öffentlichen Finanzierung aus. Selbstbeteiligungen sind allerdings umstritten: Insbesondere gehen die Meinungen über etwaige verhaltensändernde und nachfragesenkende Wirkungen von Selbstbeteiligungen auseinander.

Umfassende Untersuchung zu Selbstbeteiligungen

Deshalb wurde das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) vom BMSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen) beauftragt, eine Studie über die Wirkung von Selbstbeteiligungen durchzuführen. Dies sollte im Rahmen einer umfassenden Untersuchung erfolgen, in der die Fragestellung zunächst aus Sicht der ökonomischen Theorie und auf Basis von Forschungsarbeiten (Meta-Analyse) beleuchtet, dann der aktuelle Stand an Selbstbeteiligungsregelungen in ausgewählten Ländern erhoben und schließlich die Wirksamkeit dieses Instruments empirisch untersucht wird. Die vorliegende Studie wurde in Kooperation mit dem iwi (Industriewissenschaftliches Institut) erstellt. Das iwi zeichnete dabei für die theoretischen Grundlagen und die Meta-Analyse verantwortlich, das ÖBIG erhob und verglich die Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen in acht Ländern und führte eine Wirksamkeitsanalyse durch. Letztere erfolgte zum einen auf Makroebene mittels zentraler Kennzahlen zu Angebot, Nachfrage und Finanzierung von Gesundheitsleistungen für die untersuchten Länder, zum anderen anhand einer ÖBIG-eigenen empirischen Untersuchung einer konkreten Selbstbeteiligung: Auf Ersuchen des Auftraggebers wurde der im April 2001 eingeführte Behandlungsbeitrag-Ambulanz in Österreich als Fallbeispiel ausgewählt und evaluiert.

Selbstbeteiligungen werden eingesetzt, um einerseits die öffentlichen Budgets zu entlasten (Finanzierungseffekt) und um andererseits eine lenkende Wirkung (z. B. Senkung der Inanspruchnahme von Leistungen, die als nicht notwendig erachtet werden) zu erzielen (Steuerungseffekt). Die gesamten Gesundheitsausgaben (öffentlich und privat) können nur im Falle einer steuernden Wirkung eingedämmt werden. Der Streitpunkt ist dabei der Steuerungseffekt, also die Frage, ob Selbstbeteiligungen die Inanspruchnahme nach Gesundheitsleistungen beeinflussen können.

Meta-Analyse

Die bekannteste Untersuchung zu Selbstbeteiligungen, das sogenannte Rand-Experiment in den USA, beantwortet die Frage zur Steuerungswirkung positiv. Allerdings ist diese Studie aufgrund ihres Designs problematisch, da keine allgemeine Selbstbeteiligungsregelung untersucht, sondern das Verhalten einer ausgewählten Gruppe in einem Feldexperiment beobachtet wurde. Dabei wurden jedoch nur Personen unter 60 Jahren in das Experiment einbezogen, so dass genau die Patienten mit dem höchsten Bedarf an Gesundheitsleistungen (ältere chronisch Kranke) nicht berücksichtigt wurden. Aufgrund von methodischen Bedenken lässt sich das Ergebnis der Rand-Studie nicht allgemein übertragen.

Die Rand-Studie ist die einzige mit einer derart klaren Aussage zur Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen als Steuerungsinstrument. Mit Ausnahme einer Untersuchung für Deutschland, welche sich allerdings nur auf das - nicht vergleichbare - Privatversicherungssegment bezieht, konnte bei den übrigen in der Meta-Analyse herangezogenen Studien kein Steuerungseffekt aufgezeigt werden.

Internationaler Vergleich

Die Diskussionen zur Selbstbeteiligung zielen schwerpunktmäßig auf den Steuerungseffekt ab, doch in der Praxis steht meist die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Vordergrund. Angesichts der knappen Budgets haben in den 90er-Jahren zahlreiche Länder vermehrt Selbstbeteiligungen eingeführt bzw. diese erhöht, wie auch ein internationaler Vergleich zeigt. In der vorliegenden Studie wurden - in Abstimmung mit dem Auftraggeber - für acht Länder (Deutschland, Finnland, Großbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, Schweden, USA) mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen (Nationaler Gesundheitsdienst, Sozialversicherungsmodell, wettbewerblich organisiertes System) die aktuellen Selbstbeteiligungs- und Befreiungsregelungen für vier Leistungsbereiche des Gesundheitswesens (ambulante ärztliche Leistungen, zahnärztliche Leistungen, Spitalsambulanzen, Arzneimittel) erhoben. Nur wenige Segmente sind nicht mit Selbstbeteiligungen belastet: Lediglich in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden können die Patienten ambulante ärztliche Leistungen im niedergelassenen Bereich und in Spitalsambulanzen zuzahlungsfrei in Anspruch nehmen, in Italien fällt für die Primärversorgung bei den Hausärzten keine Selbstbeteiligung an. Mit einer hohen Eigenbeteiligung der Patienten sind die zahnärztlichen Leistungen verbunden, vor allem wenn über die „Grundversorgung“ hinaus gehende Leistungen, die in vielen Ländern aus dem Katalog der Sozialversicherung bzw. der Nationalen Gesundheitsdienste ausgeschlossen sind, nachgefragt werden. Zahnärztliche „Grundversorgungsleistungen“ (wie Zahnprophylaxe, konservierende Leistungen) werden nur in Deutschland, Italien und den Niederlanden zuzahlungsfrei angeboten. Bei Arzneimitteln kommen in allen acht untersuchten Ländern - meist gleich mehrere - Selbstbeteiligungsregelungen zur Anwendung: Festbeträge in Form von Referenzpreissystemen, Pauschalen (wie Rezeptgebühren) und proportionale Selbstbeteiligungen. Die aktuellen Regelungen in den vier untersuchten Leistungsbereichen lassen auf vergleichsweise hohe Selbstbeteiligungen für die USA, Finnland, Schweden und zum Teil auch Italien schließen, während in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden geringere Zuzahlungen zur Anwendung kommen.

Selbstbeteiligungsbelastung

Der gesamte private Finanzierungsanteil (Selbstbeteiligungen und Ausgaben für private Krankenversicherungen) an den Gesundheitsausgaben beträgt in den USA 55 Prozent, in den Niederlanden ein Drittel. In beiden Ländern spielen private Krankenversicherungen eine wichtige Rolle. Im EU-Schnitt wird ein Viertel der Gesundheitsausgaben von den privaten Haushalten getragen. Hinsichtlich des Finanzierungsanteils der Selbstbeteiligungen an den Gesundheitsausgaben liegt bei den untersuchten Ländern Italien mit 23 Prozent im Spitzenfeld, gefolgt von Finnland (21 Prozent) und Österreich (19 Prozent). Die USA befinden sich bei dieser Reihung mit 15 Prozent im unteren Mittelfeld. Werden die Selbstbeteiligungen auf die privaten Konsumausgaben bezogen, weist wiederum Italien die höchste Belastung auf, gefolgt von Finnland, den USA und Schweden.

Evaluierung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz

In Österreich wurde im April 2001 eine Selbstbeteiligung für ASVG-Versicherte bei der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen eingeführt: Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz beträgt pro Ambulanzbesuch € 10,90 bei Vorliegen einer ärztlichen Überweisung oder Wiederbestellung seitens des Krankenhauses bzw. € 18,17 ohne Überweisung und ist mit einer jährlichen Höchstgrenze von € 72,67 limitiert. Mit dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz wird auch ein Steuerungsziel verfolgt: Die Anzahl der Ambulanzbesuche soll reduziert werden, indem die Patienten in Richtung Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte „gelenkt“ werden. In der vorliegenden Studie wurde der Behandlungsbeitrag-Ambulanz evaluiert und auf eine steuernde Wirkung hin geprüft. Dazu wurde die Ambulanzstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger herangezogen; Auswirkungen auf den niedergelassenen Bereich wurden anhand der von den Kassenärzten abgerechneten Krankenscheine (Ärztelkostenstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger) analysiert. Darüber hinaus wurden für ein Fallbeispiel die Umsetzung und Wirkung dieser Selbstbeteiligung in den Tiroler Bezirken Kufstein und Reutte untersucht.

Von April bis Dezember 2001 suchten knapp zwei Millionen Versicherte Spitalsambulanzen auf, in Summe fielen 7,4 Millionen Ambulanzbesuche an. Rund 60 Prozent der Besucher waren von dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz befreit. Die meisten Ambulanzbesuche leisteten ältere Menschen: in erster Linie Patienten ab 75 Jahre, gefolgt von den 60- bis 74-Jährigen. Die größte Gruppe der Patienten (42 Prozent) kam infolge einer „ambulanten Wiederbestellung“ seitens der Ambulanz. In 23 Prozent der Besuche wurden die Versicherten von einem niedergelassenen Arzt an die Ambulanz überwiesen, und in elf Prozent von einer anderen Ambulanz im selben Behandlungsfall. Somit hatten in mehr als drei Viertel der Fälle die Patienten keine Möglichkeit, eigenständig zwischen der Spitalsambulanz und dem niedergelassenen Bereich zu wählen.

Im Rahmen der Untersuchungen konnte ein Lenkungseffekt des Behandlungsbeitrages-Ambulanz nicht festgestellt werden. Neben der eingeschränkten Wahlmöglichkeit werden weiters nicht adäquate Strukturen und Angebote im niedergelassenen Bereich (z. B. keine fachärztliche Versorgung, unpassende Öffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte, Bereitstellung von bestimmten Behandlungsspektren ausschließlich durch Spezialambulanzen) als wesentliche Ursachen für die geringe Steuerbarkeit vermutet.

Implikationen

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen nur sehr eingeschränkt als Steuerungsinstrument einsetzbar sind. Meist bewirken Selbstbeteiligungen nur eine vorübergehende Verhaltensänderung, die zu einer kurzfristigen Entlastung der öffentlichen Budgets beiträgt (Finanzierungseffekt), eine nachhaltige lenkende Wirkung (Steuerungseffekt) wird im Allgemeinen jedoch nicht erzielt. Selbstbeteiligungen treffen primär schwächere Gruppen, wie chronisch Kranke und Personen mit niedrigem Einkommen, und kommen somit auch in Konflikt mit den sozialen Zielen der Solidargemeinschaft.

Danksagung

Um aktuelle Informationen über die Selbstbeteiligungsregelungen in den ausgewählten Ländern zu erheben und um einen etwaigen Lenkungseffekt des Behandlungsbeitrages-Ambulanz in Österreich zu untersuchen, kontaktierte das ÖBIG eine Reihe von Institutionen und Personen schriftlich und/oder mündlich.

Wir möchten uns bei allen bedanken, die sich für - zum Teil mehrstündige - Interviews bereit erklärten, Fragebögen und schriftliche Anfragen beantworteten, uns Unterlagen und Daten übermittelten und für Auskünfte zur Verfügung standen.

Unsere Kontaktpersonen kommen aus folgenden Behörden und Institutionen:

Deutschland

AOK-Bundesverband

Finnland

Stakes

Italien

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR)

Ministero della Salute

Niederlande

College voor Zorgverzekeringen

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Österreich

Amt der Tiroler Landesregierung

Bezirksärztevertretung Kufstein

Bezirksärztevertretung Reutte

Bezirkskrankenhaus Kufstein

Bezirkskrankenhaus Reutte

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVST)

Patientenvertretung der Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK)

Patientenvertretung für das Bezirkskrankenhaus Kufstein

Patientenvertretung für das Bezirkskrankenhaus Reutte

Tiroler Ärztekammer

Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK)

Schweden

Landstingsförbundet

Socialstyrelsen

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
1.1 Hintergrund	3
1.2 Zielsetzung	3
1.3 Methodik	4
1.4 Aufbau	5
2 Theorie	9
2.1 Theoretische Überlegungen	9
2.1.1 Finanzierungsinstrument	9
2.1.2 Steuerungsinstrument	12
2.1.3 Umverteilung	17
2.2 Formen der Selbstbeteiligung	18
2.2.1 Eigenbeteiligung durch Mengenregulierung	20
2.2.2 Pretiale Selbstbeteiligung	21
2.2.3 Dynamische Beteiligungsformen	25
2.3 Argumente zur Selbstbeteiligung	26
3 Meta-Analyse	29
3.1 Proportionale Selbstbeteiligung	33
3.2 Abzugsfranchise	38
3.3 Feste Gebühr	40
3.4 Indemnitätsregelung	42
3.5 Positiv- und Negativlisten	43
3.6 Bonus-Malus-Prämiensystem	44
4 Resümee	45
5 Deutschland	51
5.1 Gesundheitssystem	51
5.1.1 Organisation	51
5.1.2 Ambulanter Leistungsbereich	52
5.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich	52
5.1.4 Spitalsambulanzen	52
5.1.5 Arzneimittel	53
5.2 Selbstbeteiligung	53
5.2.1 Überblick	53
5.2.2 Ambulante Leistungen	54
5.2.3 Zahnärztliche Leistungen	54
5.2.4 Spitalsambulanzen	54
5.2.5 Arzneimittel	54
5.3 Ausnahmebestimmungen	55

6 Finnland	57
6.1 Gesundheitssystem	57
6.1.1 Organisation	57
6.1.2 Ambulanter Leistungsbereich	57
6.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich	58
6.1.4 Spitalsambulanzen	59
6.1.5 Arzneimittel	59
6.2 Selbstbeteiligung	60
6.2.1 Überblick	60
6.2.2 Ambulante Leistungen	60
6.2.3 Zahnärztliche Leistungen	61
6.2.4 Spitalsambulanzen	62
6.2.5 Arzneimittel	62
6.3 Ausnahmebestimmungen	63
7 Großbritannien	65
7.1 Gesundheitssystem	65
7.1.1 Organisation	65
7.1.2 Ambulanter Leistungsbereich	66
7.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich	66
7.1.4 Spitalsambulanzen	67
7.1.5 Arzneimittel	67
7.2 Selbstbeteiligung	68
7.2.1 Überblick	68
7.2.2 Ambulante Leistungen	68
7.2.3 Zahnärztliche Leistungen	68
7.2.4 Spitalsambulanzen	69
7.2.5 Arzneimittel	69
7.3 Ausnahmebestimmungen	69
8 Italien	71
8.1 Gesundheitssystem	71
8.1.1 Organisation	71
8.1.2 Ambulanter Leistungsbereich	72
8.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich	72
8.1.4 Spitalsambulanzen	72
8.1.5 Arzneimittel	73
8.2 Selbstbeteiligung	73
8.2.1 Überblick	73
8.2.2 Ambulante Leistungen	74
8.2.3 Zahnärztliche Leistungen	75
8.2.4 Spitalsambulanzen	75
8.2.5 Arzneimittel	75
8.3 Ausnahmebestimmungen	77

9 Niederlande	79
9.1 Gesundheitssystem	79
9.1.1 Organisation	79
9.1.2 Ambulanter Leistungsbereich	80
9.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich	80
9.1.4 Spitalsambulanzen	81
9.1.5 Arzneimittel	81
9.2 Selbstbeteiligung	82
9.2.1 Überblick	82
9.2.2 Ambulante Leistungen	82
9.2.3 Zahnärztliche Leistungen	83
9.2.4 Spitalsambulanzen	83
9.2.5 Arzneimittel	83
9.3 Ausnahmebestimmungen	84
10 Österreich	85
10.1 Gesundheitssystem	85
10.1.1 Organisation	85
10.1.2 Ambulanter Leistungsbereich	86
10.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich	87
10.1.4 Spitalsambulanzen	87
10.1.5 Arzneimittel	88
10.2 Selbstbeteiligung	89
10.2.1 Überblick	89
10.2.2 Ambulante Leistungen	90
10.2.3 Zahnärztliche Leistungen	92
10.2.4 Spitalsambulanzen	93
10.2.5 Arzneimittel	93
10.3 Ausnahmebestimmungen	96
11 Schweden	100
11.1 Gesundheitssystem	100
11.1.1 Organisation	100
11.1.2 Ambulanter Leistungsbereich	100
11.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich	101
11.1.4 Spitalsambulanzen	101
11.1.5 Arzneimittel	101
11.2 Selbstbeteiligung	102
11.2.1 Überblick	102
11.2.2 Ambulante Leistungen	102
11.2.3 Zahnärztliche Leistungen	103
11.2.4 Spitalsambulanzen	103
11.2.5 Arzneimittel	104
11.3 Ausnahmebestimmungen	105

12 USA	107
12.1 Gesundheitssystem	107
12.1.1 Organisation	107
12.1.2 Ambulanter Leistungsbereich	109
12.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich	110
12.1.4 Spitalsambulanzen	110
12.1.5 Arzneimittel	111
12.2 Selbstbeteiligung	111
12.2.1 Überblick	111
12.2.2 Ambulante Leistungen	112
12.2.3 Zahnärztliche Leistungen	112
12.2.4 Spitalsambulanzen	112
12.2.5 Arzneimittel	113
12.3 Ausnahmebestimmungen	114
13 Zusammenschau	116
14 Ländervergleich auf Makroebene	127
14.1 Einleitung	127
14.2 Kennzahlen im Vergleich	127
14.2.1 Ökonomie und Demographie	127
14.2.2 Angebot	129
14.2.3 Nachfrage	130
14.2.4 Gesundheitsausgaben	132
14.2.5 Finanzierung	133
14.2.6 Selbstbeteiligung	134
14.3 Clusterung der Kennzahlen	136
15 Behandlungsbeitrag-Ambulanz	139
15.1 Grundlage	139
15.2 Datenbasis/Methode	140
15.3 Struktur der Ambulanzbesuche	142
15.4 Auswirkungen im niedergelassenen Bereich	151
15.5 Fallbeispiel Tirol	153
15.5.1 Hintergrund	153
15.5.2 Ergebnisse	155
15.6 Resümee	161
16 Schlussfolgerungen	165
16.1 Theoretischer Hintergrund	165
16.2 Empirische Evidenz zu Selbstbeteiligungen	168
16.3 Resümee	170
Literaturverzeichnis	173
Anhang	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Theorie - Beziehungsgeflecht zwischen Versicherten, Krankenversicherung und Leistungserbringern	18
Abbildung 2.2:	Theorie - Formen der Selbstbeteiligung	20
Abbildung 14.1:	Ländervergleich - Private Gesundheitsausgaben in Prozent der privaten Konsumausgaben, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr	135
Abbildung 14.2:	Ländervergleich - Selbstbeteiligung privater Haushalte für Gesundheit in Prozent der privaten Konsumausgaben, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr	136
Abbildung 15.1:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Anzahl der Ambulanzbesuche nach Altersgruppen der Patienten, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001	143
Abbildung 15.2:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Ambulanzbesuche nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001	144
Abbildung 15.3:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Ambulanzbesuche nach Sozialversicherungsträgern, April bis Dezember 2001	145
Abbildung 15.4:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Sozialversicherungsträgern, April bis Dezember 2001	146
Abbildung 15.5:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Struktur der Ambulanzbesuche nach der Art des Betreuungsscheines, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001	148
Abbildung 15.6:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Ambulanzbesuche nach der Art des Betreuungsscheines, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001	149
Abbildung 15.7:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Anteile der gebührenpflichtigen und gebührenfreien Ambulanzbesuche der ASVG-Versicherten, April bis Dezember 2001	150
Abbildung 15.8:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Abgerechnete Krankenscheine der § 2-Kassenärzte pro Quartal, 1999-2001	151
Abbildung 15.9:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Abgerechnete Beträge zwischen niedergelassenen § 2-Kassenärzten und Krankenkassen pro Quartal, 1999-2001	152
Abbildung 15.10:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Ambulanzbesuche in den BKH Kufstein und Reutte, alle Fachrichtungen, 1. Quartal 1998 - 1. Quartal 2002	156
Abbildung 15.11:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Anzahl der abgerechneten Krankenscheine für alle Fachrichtungen im Bezirk Kufstein, 1998-2001	157
Abbildung 15.12:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der erbrachten Leistungen pro abgerechnetem Krankenschein für alle Fachrichtungen im Bezirk Kufstein, 1998-2001	158
Abbildung 15.13:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Anzahl der abgerechneten Krankenscheine für alle Fachrichtungen im Bezirk Reutte, 1998-2001	159
Abbildung 15.14:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der erbrachten Leistungen pro abgerechnetem Krankenschein für alle Fachrichtungen im Bezirk Reutte, 1998-2001	160

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1:	Meta-Analyse - Im Rahmen der Meta-Analyse untersuchte Studien	30
Tabelle 3.2:	Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich proportionaler Selbstbeteiligung	34
Tabelle 3.3:	Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich Abzugsfranchise.....	39
Tabelle 3.4:	Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich fester Gebühr	41
Tabelle 3.5:	Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich Indemnitätsregelung	42
Tabelle 3.6:	Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich Positiv- und Negativlisten.....	43
Tabelle 3.7:	Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich Bonus-Prämiensystem	44
Tabelle 5.1:	Deutschland - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002.....	55
Tabelle 6.1:	Finnland - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002.....	63
Tabelle 7.1:	Großbritannien - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002.....	70
Tabelle 8.1:	Italien - Regionale Selbstbeteiligungsregelungen für Arzneimittel 2002	76
Tabelle 8.2:	Italien - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002	78
Tabelle 9.1:	Niederlande - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002	84
Tabelle 10.1:	Österreich - Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung 2002	94
Tabelle 10.2:	Österreich - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002, Stand September 2002.....	98
Tabelle 11.1:	Schweden - Selbstbeteiligungsregelungen für Arzneimittel 2002	104
Tabelle 11.2:	Schweden - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002.....	105
Tabelle 12.1:	USA - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002	115
Tabelle 13.1:	Zusammenschau - Selbstbeteiligungsregelungen in den untersuchten Ländern 2002.....	117
Tabelle 14.1:	Ländervergleich - Ökonomische und demographische Kennzahlen, 2000 bzw. letzter verfügbares Jahr	128
Tabelle 14.2:	Ländervergleich - Angebot, 2000 bzw. letzter verfügbares Jahr	130
Tabelle 14.3:	Ländervergleich - Nachfrage, 2000 bzw. letzter verfügbares Jahr	131
Tabelle 14.4:	Ländervergleich - Gesundheitsausgaben, 2000 bzw. letzter verfügbares Jahr	133
Tabelle 14.5:	Ländervergleich - Finanzierung der Gesundheitsausgaben, 2000 bzw. letzter verfü- gbares Jahr	134
Tabelle 14.6:	Ländervergleich - Clusterung der Kennzahlen, 2000 bzw. letzter verfügbares Jahr	137
Tabelle 15.1:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Anzahl der Ambulanzbesuche nach Altersgruppen der Patienten, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001	143
Tabelle 15.2:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Sozial- versicherungsträgern, April bis Dezember 2001	146
Tabelle 15.3:	Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Gründe für Gebührenbefreiung der Ambulanz- besuche der ASVG-Versicherten, Anteile in Prozent, April bis Dezember 2001	150

Tabelle 15.4: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Veränderung der Anzahl der Krankenscheine und der abgerechneten Beträge der § 2-Kassenärzte in Prozent, 1999-2001	153
Tabelle 15.5: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Veränderung der Anzahl der abgerechneten Krankenscheine, der erbrachten Leistungen sowie der Anzahl der erbrachten Leistungen pro Fall in Prozent, Bezirk Kufstein, 1998-2001	159
Tabelle 15.6: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Veränderung der Anzahl der Krankenscheine und der abgerechneten Beträge in Prozent, Bezirk Reutte, 1998-2001	161

Abkürzungsverzeichnis

Länderverzeichnis

A	Österreich
B	Belgien
CAN	Kanada
CH	Schweiz
D	Deutschland
DK	Dänemark
E	Spanien
F	Frankreich
GB	Großbritannien
I	Italien
J	Japan
NL	Niederlande
SF	Finnland
SWE	Schweden
USA	Vereinigte Staaten von Amerika

Währungsverzeichnis

€	Euro
ATS	Österreichische Schilling
DEM	Deutsche Mark
GBP	Britische Pfund
NLG	Holländische Gulden
SEK	Schwedische Kronen
USD	US-Dollar

Abkürzungsverzeichnis

A	Allgemeinmedizin
AEB	Algemene Eigen-Bijdrageregeling (Niederlande)
AM	Arzneimittel
AMG	Arzneimittelgesetz (Deutschland)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen (Deutschland)
ASB	Allgemeine-Selbstbehalt-Regelung (Niederlande)
ASL	Azienda Sanitaria Locale (Italien)
ASSR	Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Italien)
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (Österreich)
ATC	anatomisch, therapeutisch und chemisch
AU	Augenheilkunde
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Niederlande)
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (Deutschland)
BGBI.	Bundesgesetzblatt (Österreich)
BIFA	Bundesinstitut für Arzneimittel (Österreich)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKH	Bezirkskrankenhaus
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (Österreich)
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Österreich)
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz (Österreich)
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (Österreich)
CBG	College ter beoordeling van Geneesmiddelen (Niederlande)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CDS	Community Dental Service (Großbritannien)
CENSIS	Centro Studi Investimenti Sociali (Italien)
CFH	Commissie Farmaceutische Hulp (Niederlande)
CH	Chirurgie
CIPE	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (Italien)
CISL	Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori (Italien)
CSN	Consiglio Sanitario Nazionale (Italien)
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg (Niederlande)
CUF	Commissione Unica del Farmaco (Italien)
DER	Dermatologie
DGVP	Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (Deutschland)
DoH	Department of Health (Großbritannien)
DPS	Drug Product Selection (USA)

EMEA	European Medicines' Evaluation Agency (EU)
EU-15	Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien
EU-7	Deutschland, Finnland, Großbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, Schweden
EW	Einwohner
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreichs
FSN	Fondo Sanitario Nazionale (Italien)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland)
GSG	Gesundheits-Strukturgesetz (Deutschland)
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (Österreich)
GVS	Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (Niederlande)
GYN	Gynäkologie
HA	Health Authority (Großbritannien)
HCFA	Health Care Financing Administration (USA)
HI	Hospital Insurance (USA)
HIE	Health Insurance Experiment (USA)
HMO	Health Maintenance Organization (USA)
HNO	Hals-, Nasen-, Ohren
HVST	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IGSF	Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel (Deutschland)
IM	Innere Medizin
ISPEL	Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (Italien)
ISS	Istituto Superiore di Sanità (Italien)
iwi	Industriewissenschaftliches Institut
KELA	Kansaneläkelaitos (Finnland)
KFA	Krankenfürsorgeanstalten (Österreich)
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KKP	Kaufkraftparitäten
KS	Krankenschein
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung (Deutschland)
L	Laryngologie
LAB	Labor
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza (Italien)
MAC	Maximum Allowable Cost (USA)
MCA	Medicines Control Agency (Großbritannien)
MISSOC	Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA

n. v.	nicht verfügbar
NC	Neurochirurgie
NEJM	New England Journal of Medicine (USA)
NEU	Neurologie
NHS	National Health Service (Großbritannien)
NICE	National Institute for Clinical Excellence (Großbritannien)
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
o. J.	ohne Jahr
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
ÖAZ	Österreichische Apothekerzeitung
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OPD	Out-Patient Departments
OR	Orthopädie
ÖVP	Österreichische Volkspartei
PCG	Primary Care Group (Großbritannien)
PCT	Primary Care Trust (Großbritannien)
PTH	Physiotherapie
PME	Prezzo Medio Europeo (Italien)
PPC	Prescription Pre-payment Certificate (Großbritannien)
PPR	Pharma Pricing & Reimbursement
PPRS	Pharmaceutical Price Regulation Scheme (Großbritannien)
PSN	Piano Sanitario Nazionale (Italien)
PUL	Pulmologie
QMBP	Qualified Medicare Beneficiary Program (USA)
RAD	Radiologie
RKV	Riksförsäkringsverket (Schweden)
RL	Richtlinie
S.	Seite
SB	Selbstbeteiligung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch (Deutschland)
SMI	Supplementary Medical Insurance (USA)
SMT	Sosiaali- ja Terveysministeriö (Finnland)
SRÄG	Sozialrechtsänderungsgesetz (Österreich)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale (Italien)
Stakes	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Finnland)
STM	Sosiaali- ja Terveysministeriö (Finnland)
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (Österreich)

TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
UC	Unfallchirurgie
URO	Urologie
USL	Unità Sanitaria Locale (Italien)
VA	Versicherungsanstalt
VDAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (Deutschland)
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
VPS	Medicare Volume Performance Standards (USA)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Niederlande)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK (Deutschland)
z. B.	zum Beispiel
ZFW	Ziekenfondswet (Niederlande)
zit.	zitiert

1 Einleitung

Das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) wurde vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) beauftragt, eine Studie über Selbstbeteiligung zu erstellen. Der Projektvorschlag zur Durchführung einer internationalen Untersuchung zum Thema Selbstbeteiligung wurde vom ÖBIG in Kooperation mit dem Industriewissenschaftlichen Institut (iwi) beim BMSG eingereicht. Nachdem im April 2001 in Österreich der Behandlungsbeitrag-Ambulanz eingeführt wurde, ersuchte das BMSG, über den Projektvorschlag hinausgehend auch den Behandlungsbeitrag-Ambulanz zu untersuchen. Projektbeginn der Studie „Selbstbeteiligung. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich“ war Oktober 2001, im November 2002 wird nunmehr der Endbericht dem BMSG vorgelegt.

1.1 Hintergrund

Angesichts von Finanzierungsproblemen im Gesundheitswesen steht das nachfrageseitige Instrument der Selbstbeteiligung zur Verbesserung der Effizienz in vielen Ländern immer wieder im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Mit Selbstbeteiligungen werden im Wesentlichen zwei Ziele verfolgt:

- **Finanzierungsziel**

Mit Hilfe von Selbstbeteiligungen sollen die öffentlichen Budgets entlastet werden, indem die Kosten auf die Patienten überwälzt werden (statischer Effekt). Um eine Wirkung auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen insgesamt erzielen zu können, muss jedoch das Steuerungsziel im Vordergrund stehen.

- **Steuerungsziel**

In Folge von Selbstbeteiligungen sollen die Patienten kostenbewusster handeln und davon abgehalten werden, Leistungen nachzufragen, die als nicht notwendig erachtet werden. Durch die Verhaltensänderung der Versicherten werden nicht nur die öffentlichen Ausgaben (z. B. der Sozialversicherung) entlastet, sondern können auch die gesamten Gesundheitsausgaben gesenkt bzw. gedämpft werden (dynamischer Effekt).

Wenngleich mit Selbstbeteiligungen eine - in vielen Fällen oft nur vorübergehende - Entlastung der öffentlichen Haushalte bewirkt wird (Finanzierungsziel), ist aus ökonomischer Sicht im Sinne einer Effizienzverbesserung die Steuerung, also die Verhaltensänderung der Versicherten, das primäre Ziel einer Selbstbeteiligung.

1.2 Zielsetzung

Ausgehend vom skizzierten Hintergrund wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit das Instrument die Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen sowohl aus theoretischer als auch aus empirischer Perspektive umfassend behandelt. Dabei wird primär der Frage nachgegangen, ob Selbstbeteiligungen geeignet sind, eine nachfragedämpfende

bzw. steuernde Wirkung zu entfalten, und welche gesundheitspolitischen Implikationen mit ihr verbunden sind. Die Untersuchung umfasst mehrere Ebenen, in denen folgenden Fragestellungen bearbeitet werden:

- Welche Aussagen trifft die ökonomische Theorie zu den Wirkungen von Selbstbeteiligungen?
- Wurde in den empirischen Untersuchungen über Selbstbeteiligungen ein Finanzierungs- und Steuerungseffekt nachgewiesen?
- Welche Selbstbeteiligungs- und Befreiungsregelungen gelten aktuell für ambulante ärztliche Leistungen, zahnärztliche Leistungen, Spitalsambulanzen und Arzneimittel in acht - in Abstimmung mit dem Auftraggeber ausgewählten - Ländern mit unterschiedlich organisierten Gesundheitssystemen (Deutschland, Finnland, Großbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, Schweden, USA)?
- Besteht für die ausgewählten Länder auf Makroebene ein Zusammenhang zwischen der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und dem Ausmaß der Selbstbeteiligung sowie den Gesundheitsausgaben?
- Kann für die Selbstbeteiligung für Spitalsambulanzen in Österreich (Behandlungsbeitrag-Ambulanz) ein Lenkungseffekt aufgezeigt werden?
- Welche gesundheitspolitischen Implikationen lassen sich für Österreich ableiten?

1.3 Methodik

Die Erhebung der erforderlichen umfangreichen Informationen und Daten basierte im Wesentlichen auf folgenden Säulen:

- Literatur- und Internetrecherchen
Für die theoretischen Grundlagen, für die Meta-Analyse und Basisinformationen zur Erhebung der Selbstbeteiligungsregelungen in den acht untersuchten Ländern wurden umfangreiche Literatur- und Internetrecherchen durchgeführt, dabei wurden zahlreiche Institutionen kontaktiert.
- ÖBIG-eigene Erhebungen international
Neben Literaturrecherchen wurden bei der Untersuchung der acht Länder auch schriftliche Anfragen, Fragebogenerhebungen, Telefoninterviews und mündliche Nachrecherchen vorgenommen.
- Ermittlung von Strukturdaten aus internationalen Datenbanken
Im Zuge der Durchführung des internationalen Vergleichs von Kennzahlen wurde in erster Linie die aktuelle Gesundheitsdatenbank der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD Gesundheitsdaten 2002) herangezogen.
- Auswertung der österreichischen Datenbanken und Statistiken
Zur Untersuchung des Lenkungseffektes des Behandlungsbeitrages-Ambulanz wurden folgende Daten- und Informationsquellen herangezogen:
 - Ambulanzstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVST), Stand Juni 2002, österreichweit;

- Ärztekostenstatistik des HVST, 1. Quartal 1998 bis 4. Quartal 2001, österreichweit;
 - Tiroler Ärztekostenstatistik, 1. Quartal 1998 bis 4. Quartal 2001, Bezirke Reutte und Kufstein.
- Experteninterviews in Tirol, Juni 2002

Das Projektdesign für die Untersuchung eines allfälligen Lenkungseffektes des Behandlungsbeitrages-Ambulanz wurde mit der beim BMSG eingerichteten Arbeitsgruppe „Behandlungsbeitrag-Ambulanz“ abgestimmt. In der Arbeitsgruppe „Behandlungsbeitrag-Ambulanz“ wurde beschlossen, für die Untersuchungen Modellregionen im Bundesland Tirol heranzuziehen. Die entsprechenden Untersuchungen betrafen die Bezirke Kufstein und Reutte und wurden vom ÖBIG durchgeführt. Es wurden Datenevaluationen und Interviews mit Vertretern von involvierten Institutionen vor Ort geführt.

Alle jene Stellen, die das Projektteam mit Informationen und Daten unterstützten, werden in der Danksagung angeführt.

1.4 Aufbau

Die Studie „Selbstbeteiligung. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich“ gliedert sich in vier Teile:

Teil I: Theorie und Meta-Analyse - Kapitel 2 bis 4 (iwi)

Im ersten Teil werden einleitend grundsätzliche theoretische Überlegungen hinsichtlich Finanzierung, Steuerung und Umverteilung angestellt, die unterschiedlichen Formen von Selbstbeteiligung diskutiert sowie die Argumente der Befürworter und Gegner von Selbstbeteiligung dargestellt (Kapitel 2). Darauf aufbauend werden die Ergebnisse von vorliegenden empirischen Untersuchungen zu Selbstbeteiligungen in Bezug auf deren Wirkungen und Grenzen einer Analyse unterzogen (Kapitel 3). Der Teil schließt mit einem Resümee (Kapitel 4) zu den wichtigsten Ergebnissen.

Teil II: Selbstbeteiligungsregelungen - Kapitel 5 bis 13 (ÖBIG)

Kapitel 5 bis 13 widmen sich der Erhebung und Darstellung aktueller Selbstbeteiligungs- und Befreiungsregelungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Spitalsambulanzen und Arzneimittel in den acht ausgewählten Ländern, die in Form von Länderportraits übersichtlich aufbereitet werden. Es handelt sich dabei um:

- Deutschland
- Finnland
- Großbritannien
- Italien
- Niederlande
- Österreich
- Schweden
- Vereinigte Staaten von Amerika

Die Länderportraits (Kapitel 5 bis 12) folgen jeweils einer einheitlichen Struktur:

- Zu Beginn wird die allgemeine Organisationsstruktur des jeweiligen Gesundheitssystems skizziert; im Anschluss jene der untersuchten Leistungsbereiche (ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Spitalsambulanzen, Arzneimittel).
- Danach werden die aktuell gültigen Selbstbeteiligungs- und Ausnahmeregelungen der analysierten Leistungsbereiche dargestellt.

Im Kapitel 13 (Zusammenschau) werden die Selbstbeteiligungsregelungen der in den Kapiteln 5 bis 12 beschriebenen Gesundheitssysteme gegenübergestellt und auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Trends hin analysiert.

Teil III: Wirksamkeitsanalyse - Kapitel 14 und 15 (ÖBIG)

In Kapitel 14 werden im Zuge eines Ländervergleichs auf Makroebene gesundheitspolitisch relevante Schlüsselindikatoren der acht untersuchten Ländern ermittelt und gegenübergestellt. Dabei handelt es sich um allgemeine ökonomische sowie demographische Indikatoren, um Kennzahlen zum Ressourcenangebot, zur Nachfrage (Inanspruchnahme) sowie zu den Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung. Weiters werden Indikatoren präsentiert, die das Ausmaß der Belastung der Bevölkerung durch Selbstbeteiligungen sowie den Finanzierungsanteil der privaten Haushalte insgesamt zeigen.

Die länderspezifischen Kennzahlen werden geclustert und auf etwaige Zusammenhänge zwischen der Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen und dem Ausmaß der Selbstbeteiligung sowie den Gesundheitsausgaben geprüft.

Kapitel 15 widmet sich der Untersuchung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz, der im April 2001 in Österreich mit der Intention, die Patientenströme von den Ambulanzen zu den niedergelassenen Ärzten zu lenken, eingeführt wurde. Dabei werden die Struktur und die Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz österreichweit auf Basis der seit Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz vorliegenden Ambulanzstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingehend analysiert. Darüber hinaus werden bundesweit die Entwicklungen im extramuralen Bereich im Hinblick auf eine Änderung der Anzahl der Patienten bzw. Leistungen im niedergelassenen Bereich untersucht.

In einem zweiten Abschnitt des Kapitels 15 werden die Ergebnisse der Untersuchungen in den Modellregionen Kufstein und Reutte im Bundesland Tirol dargestellt, die auf Auswertungen von Tiroler Statistiken und Experteninterviews beruhen. Dabei galt es primär zu untersuchen, ob ein allfälliger Lenkungseffekt des Behandlungsbeitrages-Ambulanz in den ausgewählten Regionen nachzuweisen sei.

Teil IV: Implikationen - Kapitel 16 (ÖBIG)

In Kapitel 16 werden die wesentlichsten Ergebnisse der im Rahmen der Studie vorgenommenen Untersuchungen und Analysen zum Thema Selbstbeteiligung zusammengeführt und Schlussfolgerungen hinsichtlich ihrer gesundheitspolitischen Implikationen gezogen.

I. Theorie und Meta-Analyse (iwi)

2 Theorie

Das Gesundheitswesen ist in jüngster Vergangenheit durch ständig steigende Kosten gekennzeichnet. Diese sind auf die demographische Entwicklung in den Industriestaaten, den medizinischen Fortschritt sowie auf bestimmte Elemente des Marktversagens im Gesundheitswesen zurückzuführen. Um die Finanzierbarkeit der Gesundheitsleistungen sicherzustellen, wird in den meisten Ländern versucht, Marktmechanismen und Wettbewerbselemente im Gesundheitssektor zu verstärken. Eine dieser Maßnahmen ist die Einführung von Selbstbeteiligungen.

Im Allgemeinen werden Selbstbeteiligungen aus folgenden Gründen implementiert:

- Finanzierung
- Steuerung
- Umverteilung

Ziel dieses Kapitels ist es, einen theoretischen Überblick über die unterschiedlichen Formen von Selbstbeteiligungen zu geben und deren Wirkungen bezüglich Finanzierung, Steuerung und Umverteilung zu analysieren. Da unterschiedliche Selbstbeteiligungsformen in den einzelnen Gesundheitsbereichen sehr heterogene Wirkungen zeigen, wird insbesondere darauf eingegangen, welche Grundsatzüberlegungen bei der Implementierung von Selbstbeteiligungen zu beachten sind.

2.1 Theoretische Überlegungen

Im Zuge der Einführung von Selbstbeteiligungen durch gesundheitspolitische Entscheidungsträger ist zu hinterfragen, mit welcher Form das gesetzte Ziel verwirklicht werden kann und welche Gruppen durch dieses Instrument Vor- oder Nachteile erfahren. Selbstbeteiligungen als gesundheitspolitische Instrumente verfolgen in erster Linie Makro-Ziele. Zur Zielerreichung sind jedoch Überlegungen der Akteure auf Mikro-Ebene Voraussetzung. Diese können nur bei vollständiger Information hinsichtlich der Selbstbeteiligungsregelung effizient erfolgen.

2.1.1 Finanzierungsinstrument

Selbstbeteiligungen sollen zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Letztlich können Selbstbeteiligungen bei Entfaltung einer steuernden Wirkung (z. B. Verhaltensänderung, Nachfragereduktion) zum Steuerungsinstrument (vgl. Punkt 2.1.2) werden und auch die Gesundheitsausgaben insgesamt dämpfen. Die Höhe der erreichbaren Kostenreduktion hängt stark von der Konstruktion der Selbstbeteiligungsregelung ab (WIdO 2001). Durch die Implementierung einer Preissteuerung kann eine Annäherung an Marktbedingungen erreicht werden, welche die Verzerrung eines „Quasi-Nulltarifs“ der in Anspruch genommenen Leistungen abmildert und dadurch das umfassend refundierte Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin finanzierbar macht.

Entscheidend für die Höhe des Finanzierungseffekts sind die *Nachfrageelastizität* (ebenso Ausdruck für die Präferenzen), die *Substitutionsmöglichkeiten* der Gesundheitsgüter und -leistungen, das *Angebot von Gesundheitsgütern und -leistungen* sowie *Informationen über die Selbstbeteiligungsregelung*.

Nachfrageelastizität

Um Aussagen über die Höhe des Finanzierungseffekts treffen zu können, ist es notwendig, die Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen hinsichtlich Nachfrageelastizität zu untersuchen. Die Nachfrageelastizität beschreibt die prozentuale Änderung der nachgefragten Menge aufgrund einer Änderung des Preises. Als Bestimmungsfaktoren der Nachfrageelastizität gelten: der Preis des Gutes, die Präferenzen sowie das Einkommen. Bei einer starren Elastizität kann durch eine Preissteigerung - im Sinne einer Einführung bzw. Erhöhung einer Selbstbeteiligung - kein Rückgang der nachgefragten Menge nach Gesundheitsgütern bewirkt werden, z. B. bei für den Patienten lebensnotwendigen Medikamenten. Dies erwächst aus der sachlich sowie zeitlich begrenzten Substituierbarkeit von Gesundheitsgütern. Es kommt lediglich zu einer Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer Überwälzung der Gesundheitsausgaben in der Höhe der Selbstbeteiligung auf den Patienten. Volkswirtschaftlich gesehen bleiben die Gesundheitsausgaben insgesamt konstant.

Reagiert die Nachfrage jedoch elastisch, kann bei einer Erhöhung des Preises eine Reduzierung der in Anspruch genommenen Leistungen erzielt werden. Dabei kommt es sowohl aufgrund der Selbstbeteiligung als auch wegen der in geringerem Umfang in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen zu einer Kostensenkung für die gesetzliche Krankenversicherung. Dies trifft vor allem für superiore Gesundheitsgüter zu. Superiore Güter sind Güter, deren Nachfrageelastizität größer als Eins ist (elastische Nachfrage), deren Konsum folglich mit steigendem Einkommen überproportional zur Einkommenssteigerung zunimmt. Unter superioren Gütern versteht man zumeist Luxusgüter.

Ein besonderes Problem ergibt sich daraus, dass in vielen Fällen der Patient die Auswirkungen von konsumierten Gesundheitsgütern und -leistungen auf seine Gesundheit nicht abschätzen kann, er wendet sich stattdessen an den Arzt. Ökonomisch gesehen bestimmt dieser zu einem erheblichen Teil die Nachfragefunktion des Patienten. Diese Tatsache bleibt solange ohne weitergehende Konsequenzen, wie sich der Arzt bei dieser ihm überlassenen Nachfrageentscheidung wie ein perfekter Sachwalter des Patienten verhält und diese so trifft, wie sie der Patient selber treffen würde, wenn er die notwendige medizinische Fachkenntnis hätte. Problematisch wird es erst, wenn der Arzt seine Interessen in die Entscheidung einfließen lässt, z. B. um seine eigene Auslastung sicherzustellen, wodurch aus der anbieterdeterminierten eine angebotsinduzierte Nachfrage wird. Die Konsumentensouveränität des Patienten wird dadurch vehement eingeschränkt. Ebenso wird eine optimale Allokation der Gesundheitsgüter nicht erzielt, wenn mehr Gesundheitsversorgung angeboten wird, als dies den Patientenpräferenzen entspricht.

Substitutionsmöglichkeit

Besteht die Möglichkeit einer Substitution der nachgefragten Leistung, ist auf der Finanzierungsseite entscheidend, ob die Substitution in Bereichen erfolgt, welche die gesetzliche Krankenversicherung finanziell entlasten oder nicht. Erfolgt die Substitution in nicht von einer Selbstbeteiligung belasteten medizinischen Bereichen, kommt es zu einer Kostenverlagerung. Die Kosten treten in gleicher oder sogar in überhöhter Form in anderen medizinischen Teilbereichen wieder auf. Ob im volkswirtschaftlichen Sinne aufgrund der steuernden Wirkung von Selbstbeteiligungen insgesamt Einsparungen zu erwarten sind, ist für den jeweiligen Fall zu hinterfragen.

Umgekehrt kann eine Kostenverlagerung in einen anderen medizinischen Bereich aus Kosteneffizienzgründen durchaus erwünscht sein. Dieses Motiv lag der Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz zugrunde. Sie sollte eine Umlenkung der Patienten und damit eine Kostenverlagerung vom intramuralen in den extramuralen Sektor bewirken (zu den Ergebnissen der Untersuchung dieses Lenkungseffekts siehe Kapitel 15).

Eine aktuelle Untersuchung des Instituts für Höhere Studien zum Thema Kosten der ambulanten Versorgung in Österreich brachte hinsichtlich Substitutionseffekte folgendes Ergebnis: Im Kontext des jüngst eingeführten Behandlungsbeitrages-Ambulanz wurde die Substitutionsbeziehung zwischen dem niedergelassenen Bereich und Spitalsambulanzen untersucht. Das Institut konstatierte ein gewisses Substitutionspotential zwischen den beiden Settings und einen negativen Zusammenhang zwischen Fallwerten und Fallhäufigkeit. Dies weist darauf hin, dass im niedergelassenen Bereich tendenziell die „leichten“ Fälle betreut werden. Gleichzeitig könnte dies auf eine relativ effiziente Allokation der Fälle hinweisen: In Spitalsambulanzen werden jene Fälle behandelt, die im niedergelassenen Bereich aufgrund der institutionellen Voraussetzungen nicht (mehr) betreut werden können, und im niedergelassenen Bereich werden jene Fälle abgeschöpft, für deren Behandlung ausreichende Ressourcen in Arztpraxen zur Verfügung stehen (Hofmarcher et al. IV/Winter 2001/2002). Substitutionalität ist also vorhanden, scheint aber limitiert zu sein.

Prinzipiell bestehen Substitutionspotentiale bei Ambulanzbesuchen aus folgenden Motiven (Hofmarcher et al. IV/Winter 2001/2002):

- aus Eigeninitiative
- wegen Voruntersuchungen bei geplanten Eingriffen (Behandlungen)
- zur Nachbehandlung

Hingegen handelt es sich bei den nachstehend angeführten Kontrahierungsmotiven um eher starre Nachfragen. Substitutionsmöglichkeiten sind hier kaum bzw. nicht gegeben (Hofmarcher et al. IV/Winter 2001/2002):

- Notfälle
- an Tagesrändern und in der Nacht (eingeschränkt)
- zugewiesen von einer anderen Funktionseinheit desselben Krankenhauses oder einer anderen Krankenanstalt

- zugewiesen von praktischen Ärzten
- zugewiesen von Fachärzten

Angebot von Gesundheitsgütern und -leistungen

Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen stellt nur eine Marktseite dar. Der Patient entscheidet souverän über den Erstkontakt zum behandelnden Arzt. Die Selbstbeteiligung setzt am Erstkontakt an. Das Angebot wird jedoch auf eine sinkende Primärnachfrage reagieren. Hat sich nämlich ein Versicherter erst einmal in Behandlung begeben, so bestimmt weitgehend der behandelnde Arzt Menge und Struktur der für die Behandlung verwendeten Leistungen (inwieweit in den verschiedenen Gesundheitssystemen dem Arzt in der Primärversorgung eine steuernde Funktion, etwa als „Gatekeeper“, zukommt, ist den Länderportraits - Kapitel 5 bis 12 - zu entnehmen). Sinkt bei einer Selbstbeteiligung die Zahl der Patienten, so werden die Anbieter durch erhöhte Fallwerte den originären Nachfrageausfall teilweise zu kompensieren versuchen. Im Extremfall mündet die These von der angebotsinduzierten Nachfrage in die sogenannte Zieleinkommenshypothese (Intention der Anbieter, das von ihnen angestrebte Einkommen jedenfalls zu realisieren).

Informationen über die Selbstbeteiligungsregelung

Um durch die Implementierung von Selbstbeteiligungen einen Finanzierungseffekt zu lukrieren, ist es notwendig, dass die Patienten auch tatsächlich über das Bestehen einer Selbstbeteiligung informiert sind, deren Höhe kennen und wissen, für welche Leistungen sie eingehoben wird. Bei ungenügender Information kann die angestrebte Regulierung nicht realisiert werden. Nur informierte Patienten sind in der Lage, auf die Einführung einer Selbstbeteiligung effizient zu reagieren.

Es kann nicht erwartet werden, dass Ärzte kostenlos Aufklärungsarbeit bezüglich Selbstbeteiligungsregelungen übernehmen. Im Rahmen einer Kostenrechnung wären hierfür Transaktionskosten in Form von Zeitaufwand zu berücksichtigen.

2.1.2 Steuerungsinstrument

Selbstbeteiligungen sind aus einer theoretischen Perspektive ein zentrales Instrument, mehr Effizienz im Gesundheitssektor zu erreichen. Ihre Bedeutung liegt auf zwei Ebenen:

- Erstens kann mit einer Selbstbeteiligung dem bekannten Problem begegnet werden, dass bei einer - politisch unter Umständen gewünschten - Vollversicherung der Patienten die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ineffizient ansteigt, da der Preis der medizinischen Leistungen vernachlässigbar klein ist. Die Patienten fragen Gesundheitsgüter solange nach, bis der Grenznutzen den Grenzkosten entspricht. Darüber hinaus steigt mit der Existenz der Versicherung die Wahrscheinlichkeit eines Schadensfalles, da präventive Maßnahmen unterlassen werden („Moral-Hazard“-Risiko). Selbstbeteiligungen steuern dieser Nachfrageausweitung entgegen, und

zwar umso stärker, je höher der Finanzierungsanteil der Patienten festgelegt wird. Je höher die Selbstbeteiligung, desto stärker wird die Versicherungsfunktion abgeschwächt.

- Zweitens sind Selbstbeteiligungen durch die Einführung der Kostensensibilität der Patienten auch eine Bremse gegen die „angebotsinduzierte Nachfrage“. Es ist für einen Arzt leichter, medizinisch nicht unbedingt erforderliche Leistungen durchzuführen, wenn diese nicht vom Patienten mitfinanziert werden. In Zukunft verliert das Bild des völlig uninformierten Patienten zunehmend an Bedeutung.

Zu unterscheiden ist, ob die Selbstbeteiligung in nur einem bzw. einigen Bereichen des Gesundheitswesens eingeführt wird oder bezogen auf alle Leistungen. Bei der Einführung einer Selbstbeteiligung in nur einem Bereich wird durch Substitutionsmöglichkeiten eine Nachfrageverlagerung in nicht durch Selbstbeteiligungen belastete Bereiche in Gang gesetzt. Diese Steuerungswirkung kann durchaus erwünscht sein. Der Patient weicht auf Gebiete aus, die nicht mit einer Selbstbeteiligung belastet sind. Werden ebenso alle Substitutionsmöglichkeiten mit Selbstbeteiligungen belastet, führt dies insgesamt zu einer Reduktion der Nachfrage.

Der versicherte Patient fragt ineffizient viele Gesundheitsleistungen nach. Um der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, ist es notwendig, eine Verhaltensänderung der Versicherten herbeizuführen. Gesundheitsleistungen haben bei vollem Versicherungsschutz für die Versicherten einen effektiven Preis von Null. Daher besteht die Gefahr, dass die tatsächlichen Kosten für zusätzlich nachgefragte Einheiten mit dem erzielten Nutzen nicht mehr übereinstimmen. Die dadurch entstandene volkswirtschaftlich überhöhte Nachfrage kann durch die Einführung einer Selbstbeteiligung reduziert werden (Sommer/Leu 1984). Die Implementierung von Preisen für Gesundheitsgüter, die vom Konsumenten direkt zu begleichen sind, bewirkt eine Nachfragereduktion und wirkt einer Überinanspruchnahme von Leistungen entgegen (WIdO 2001).

Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Konsumenten auch im Gesundheitswesen bei steigenden Preisen ihren Konsum reduzieren werden (Sommer/Leu 1984). Selbstbeteiligungen fungieren neben der Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung auch als Steuerungsinstrument, um die Gesundheitsausgaben volkswirtschaftlich gesehen zu senken bzw. deren Wachstum in Grenzen zu halten. Die Stärkung der marktwirtschaftlichen Steuerungselemente gehört zu den Grundforderungen bei der Einführung von Selbstbeteiligungen. Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen initiiert eine Annäherung an echte Marktbeziehungen und einen sparsamen Umgang mit Gesundheitsgütern. Zusätzlich stärken Selbstbeteiligungen durch ein verändertes Kostenbewusstsein und finanzielle Eigenverantwortung eine gesündere Lebensweise und präventives Gesundheitsverhalten.

Wie stark sich der Steuerungseffekt auswirkt, hängt neben der Höhe auch von der Art der Selbstbeteiligung sowie dem Gesundheitsgut ab (WIdO 2001).

Höhe der Selbstbeteiligung

Empirische Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass geringfügige Selbstbeteiligungen oft nur zu einer kurzfristigen Verhaltensänderung führen. Durch vorgezogene Reaktionen und Nachholbewegungen werden diese Verhaltensänderungen jedoch wieder voll kompensiert. Während also geringfügige Selbstbeteiligungen bestenfalls einen minimalen Einfluss auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben, reduzieren hohe Kostenbeteiligungen der Versicherten die Nachfrage sehr wohl. Ganz allgemein reduziert eine Einführung oder Erhöhung der Selbstbeteiligung die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dann, wenn die folgenden drei Bedingungen erfüllt sind (Sommer/Leu 1984):

- Die Selbstbeteiligung ist hoch (spürbar).
- Die wegen der Kostenbeteiligung nicht gedeckten Kosten werden nicht anderweitig versichert.
- Die medizinischen Anbieter kompensieren den Nachfragerückgang nicht durch erhöhte Leistungen pro Patient.

Bewirkt eine Kostenbeteiligung keine Verhaltensänderung, so sind von ihr auch keine Effekte auf die Gesundheitsausgaben insgesamt zu erwarten, sondern nur eine Entlastung eines Finanzierungsträgers. Eine hohe Selbstbeteiligung stößt allerdings dann auf ihre Grenzen, wenn es aus finanziellen Erwägungen zur Unterlassung einer medizinisch notwendigen Gesundheitsnachfrage kommt.

Was ist nun eine spürbar hohe Selbstbeteiligung? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, da die ideale Höhe von mehreren Faktoren abhängig ist: vom Gesundheitsbereich, der Preiselastizität der Nachfrage, den Substitutionsmöglichkeiten und dem Ausmaß der sozialen Härtefälle. „Luxusgesundheitsgüter“ bzw. Güter mit einer sehr elastischen Nachfrage vertragen höhere Selbstbeteiligungen als Güter und Leistungen der Basisversorgung. In jedem Fall muss die Selbstbeteiligung die Bagatellgrenze überschreiten und die Beziehung zwischen Nachfrage und Ausgabenbelastung deutlich sein.

Die im Hinblick auf den Steuerungseffekt optimale Höhe der Selbstbeteiligung ist vom individuellen Krankheitsrisiko sowie von den individuellen Präferenzen abhängig und unterscheidet sich somit von Person zu Person. Laut Breyer/Zweifel (1999) könne daher eine für alle verbindlich vorgeschriebene Versicherungsdeckung nicht wohlfahrtmaximierend sein. Vielmehr scheint es sich zu empfehlen, dass der Gesetzgeber lediglich den Mindestumfang der Versicherungsdeckung verbindlich festlegt, jeder einzelne aber die Freiheit hat, seinen Versicherungsschutz durch Zusatzverträge aufzustocken.

Ganz allgemein kann die These aufgestellt werden, dass Selbstbeteiligungen, die an der nachgefragten Gesundheitsleistung anknüpfen, regressiv wirken, das heißt, bei den Beziehern höherer Einkommen zu relativ geringeren Belastungen führen als bei den Angehörigen niedrigerer Einkommensklassen. Diese These wird darin begründet, dass der relative Anteil des Gesundheitskonsums am Gesamteinkommen mit zunehmendem Einkommen sinkt. Folglich muss auch die Selbstbeteiligung zu einer relativ niedrigeren Belastung der höheren Einkommen führen. Die Steuerungswirkung einer Selbstbeteiligungs-

regelung fällt bei höhern Einkommensklassen dementsprechend geringer aus. Ebenso ist anzunehmen, dass mit zunehmendem Alter und höherem Erkrankungsrisiko in späten Lebensphasen immer geringere Nachfragereaktionen und somit proportional höhere Belastungen für die Betroffenen infolge einer Implementierung von Selbstbeteiligungen zu erwarten sind. Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen wird im Zeitverlauf unelastischer. Jede Erhöhung bzw. Implementierung von Selbstbeteiligungen reduziert die Umverteilung von den mittleren zu den oberen Altersklassen. Selbstbeteiligungen belasten somit ältere Bevölkerungsgruppen ungleich stärker als mittlere und junge. In den meisten Fällen werden daraus resultierende soziale Härten durch Härtefallregelungen abgeschwächt.

Härtefallregelungen

Ist die Selbstbeteiligung ausreichend groß, um Steuerwirkungen zu entfalten, entsteht jedoch der Konflikt mit dem Sozialversicherungsprinzip. Das soziale Ziel des freien Zugangs zum Gesundheitssystem könnte beeinträchtigt werden. Eine gleichzeitige Realisierung der Forderung nach Wirtschaftlichkeit und sozialer Gerechtigkeit macht immer einen Kompromiss erforderlich. Dass dabei auch in hinreichendem Maße soziale Härtefälle berücksichtigt werden müssen, wird als Anliegen in einer sozialen Marktwirtschaft betont (Reichelt 1994). Soziale Härten können auf zweierlei Weise Berücksichtigung finden (WIdO 2001):

- einkommensabhängige Selbstbeteiligungen und
- Härtefallregelungen

Im europäischen Vergleich lässt sich feststellen, dass Härtefallregelungen in allen Ländern zu finden sind (vgl. dazu den aktuellen Überblick in Kapitel 13, Tabelle 13.1). Unterscheiden lassen sie sich in (WIdO 2001):

- sozial indizierte Regelungen (z. B. Befreiung von Kindern, Befreiung von bestimmten sozialen Personengruppen, Überforderungsgrenzwerte) und
- medizinisch indizierte Regelungen (z. B. bestimmte Krankheitsbilder, chronische Krankheiten, akute Unfälle, Schwangerschaft, etc).

Bei den beiden Typen von Regelungen sind hinsichtlich Leistungsbereichen und Selbstbeteiligungsformen Unterschiede anzutreffen. Für ärztliche Leistungen gibt es in Ländern mit einer prozentualen Selbstbeteiligung oft eine Überforderungsbegrenzung. In Österreich ist eine Überforderungsregelung nicht erforderlich, da die zu entrichtende Krankenscheingebühr begrenzt ist (BASYS 1998).

Bei der Festlegung von Befreiungsregelungen und Überforderungshöchstwerten stellt sich grundsätzlich das Problem, inwieweit diese einkommensabhängig gestaltet werden sollen. Folgt man dem Sozialstaatsprinzip, gilt dies um so eher, je höher die Selbstbeteiligung ist. Einkommensabhängige Überforderungsklauseln existieren in Belgien und Deutschland. Untersuchungen zeigen, dass sich sehr hohe Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens auf wenige Fälle konzentrieren, so dass Befreiungen von Spitzenbelastungen sozial sehr erfolgreich sind und auf die Gesamtkosten kaum Auswirkungen

haben (BASYS 1998). Allerdings wird, v. a. wenn viele alte und chronisch kranke Personen von Selbstbeteiligungen ausgenommen bleiben, die Finanzierungs- und Steuerungsfunktion der Selbstbeteiligungen wieder deutlich eingeschränkt. Der klassische Konflikt zwischen sozialen Zielen und ökonomischer Effizienz kommt auch hier zum Tragen.

Es lässt sich beobachten, dass sich in Deutschland Härtefälle sehr unterschiedlich auf die einzelnen Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung verteilen (da sie unterschiedliche Berufsgruppen sowie unterschiedliche Altersstrukturen der Versicherten aufweisen). Dies führt zu unterschiedlichen Belastungen der Kassen, da bei Härtefallregelungen Einnahmen aus der Selbstbeteiligung entfallen. Gesetzliche Krankenversicherungen mit überproportionalem Härtefallanteil werden durch Selbstbeteiligungsregelungen benachteiligt. Dies gilt zumindest so lange, wie die Härtefallkomponente nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt wird (WIdO 2001).

Art der Selbstbeteiligung

Ganz allgemein kann unterstellt werden, dass Selbstbeteiligungen in erster Linie den Beschluss, überhaupt eine Leistung in Anspruch zu nehmen, beeinflussen und erst in zweiter Linie auf den sogenannten Folgekonsum wirken (Krankenkassenrat 1998).

Direkte Selbstbeteiligungen führen dazu, dass der Patient einen Teil der Kosten direkt bezahlt, damit sinken die Kosten für die Versicherung. Der Steuerungseffekt richtet sich nach den Präferenzen der Patienten, ausgedrückt durch die Preiselastizität der Nachfrage. Selbstbeteiligungen, die direkt zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme vom Patienten eingefordert werden, das heißt, an der erbrachten Leistung anknüpfen, werden von diesem bewusster wahrgenommen als Selbstbeteiligungen, die sich am Einkommen oder an Zeitspannen (quartalsmäßige Zahlungen wie z. B. die Krankenscheingebühr) orientieren.

Indirekte Selbstbeteiligungen schließen Leistungen von einer Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung vollständig aus (z. B. Negativlisten). Bei diesen Selbstbeteiligungsformen steht der Finanzierungseffekt im Vordergrund.

Preiselastizität der Nachfrage

Selbstbeteiligungen können nur unter bestimmten Rahmenbedingungen die gewünschten Steuerungswirkungen entfalten. Dabei ist eine Preiselastizität der Nachfrage, die von Null verschieden ist, auf die mit Selbstbeteiligungen belegten medizinischen Güter und Dienstleistungen Voraussetzung. Bei einer vollkommen starren Nachfrage können keine steuernden Effekte einer Selbstbeteiligung auftreten. Selbstbeteiligungen bewirken keinerlei Nachfragerückgang bei unverzichtbaren (lebensnotwendigen) Gesundheitsgütern. Je elastischer die Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist, desto größer ist das Steuerungspotential.

Notwendige Rahmenbedingungen

Ein weiteres Hindernis für eine effiziente Steuerungswirkung von Selbstbeteiligungen können Substitutionsmöglichkeiten in nicht mit Selbstbeteiligungen belegten Bereichen darstellen. Es kommt so nur zu einer Kostenverlagerung, die zwar einzelwirtschaftlich vorteilhaft ist, gesamtwirtschaftlich noch bezüglich ihrer Sinnhaftigkeit zu prüfen wäre (Reichelt 1994).

Das Fehlen ausreichender Informationen bezüglich vorhandener Selbstbeteiligungsregelungen führt zu abgeschwächten bzw. nicht gewünschten Effekten. Es ist notwendig, dass Informationen sowohl auf Patienten- als auch Anbieterseite vorhanden sind. Wenn Leistungsanbieter ihre Behandlungsgewohnheiten nicht der Selbstbeteiligungsregelung anpassen, führt dies zu einem abgeschwächten Steuerungseffekt.

2.1.3 Umverteilung

Die gesetzliche Krankenversicherung stellt neben dem Steuersystem und den individuellen Sozialtransfers ein Element der Einkommensumverteilung dar. In der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt die Einkommensumverteilung auf mehreren Ebenen. Dies führt auf der Seite der Nachfrager zu folgenden Verteilungswirkungen in der Mittelaufbringung (Schulenburg 1987):

- Personelle Umverteilung: Leistungsempfänger und Bezieher niedriger Einkommen sowie beitragsfreie mitversicherte Familienangehörige gehören zu den Nettoempfängern.
- Intergenerative Umverteilung: Mitversicherte mittleren Alters zahlen tendenziell höhere Beiträge, als sie Leistungen in Anspruch nehmen. Kinder und ältere Menschen sind Nettoempfänger.
- Funktionale Umverteilung: Gesundheitsleistungen werden nicht nur durch die Krankenkassenbeiträge der Mitglieder finanziert, sondern auch durch Gebietskörperschaften (z. B. Trägeranteile der Spitalträger zur Krankenanstaltenfinanzierung).
- Umverteilung unter verschiedenen Alterskohorten: Die gesetzlichen Krankenversicherungen arbeiten nach dem Umlageverfahren. Dieses beinhaltet ein „Generationenvertragsselement“. Finden nun über die Zeit hinweg demographische und/oder kostenmäßige Strukturveränderungen statt, so kann ein auf dem Umlageverfahren aufbauendes Sozialversicherungssystem dazu führen, dass einzelne Alterskohorten über ihr Leben hinweg stärker belastet werden als andere.
- Umverteilung zwischen Regionen: Die Altersstruktur der Bevölkerung ist nicht in allen Gebieten eines Staates einheitlich (so hat z. B. Wien eine besonders „überalterte“ Bevölkerung). Dies führt dazu, dass auch relativ „junge“ Bundesländer die tendenziell „älteren“ mitzufinanzieren haben.
- Umverteilung zwischen den Geschlechtern: Frauen haben durch ihre höhere Lebenserwartung sowie durch Geburten höhere Gesundheitsausgaben als Männer. Auch hier führt die gesetzliche Krankenversicherung zu einer Umverteilung.

Selbstbeteiligungsregelungen schwächen diese Umverteilungsprozesse ab, da sie das Ausmaß der Versicherung reduzieren. Herkömmliche Selbstbeteiligungen haben hier jedoch relativ wenig Gewicht.

Personelle Umverteilung

Zu den wesentlichen Konstruktionsmerkmalen der gesetzlichen Krankenversicherung zählen das Solidaritätsprinzip und eine dem Umlageprinzip folgende Mittelaufbringung (Schulenburg 1987). Im Sinne des Solidaritätsprinzips ist die gesetzliche Krankenversicherung auch ein Instrument der Einkommensverteilung, die vor allem eine personelle Umverteilung bewirkt, da sich die Höhe der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung nach sozioökonomischen Kriterien (Einkommen, Stellung im Berufsleben) richtet (Sommer/Leu 1984). Der Umverteilungsaspekt gilt verstärkt für die quantitativ nicht unerheblichen steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben, da die Steuer progressiv und - im Gegensatz zu den Sozialversicherungsbeiträgen - unlimitiert mit dem Einkommen steigt. Durch eine Einführung einer Selbstbeteiligung würde diese Umverteilung reduziert.

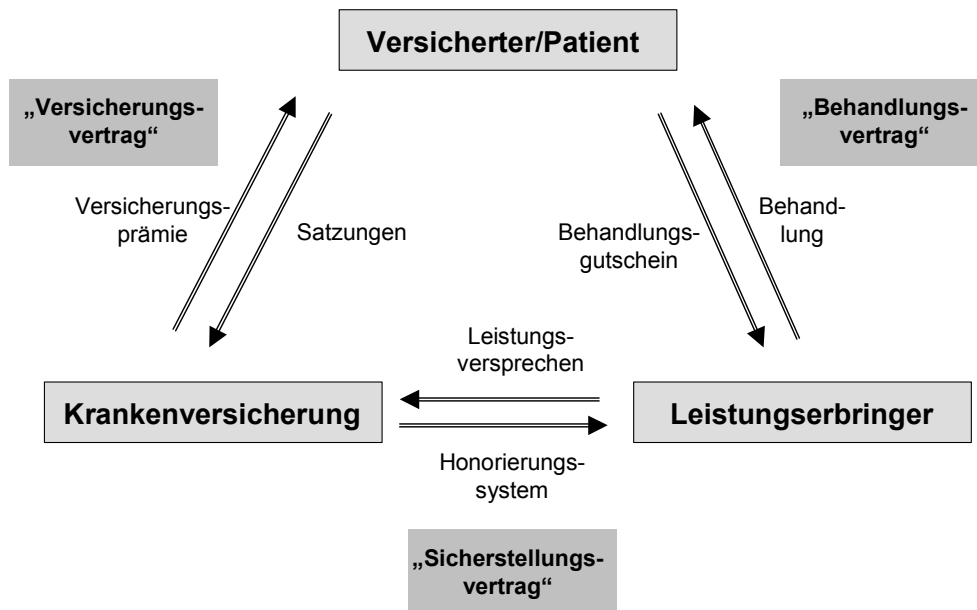
Intergenerative Umverteilung

Durch die demographische Altersverschiebung der letzten Jahre sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stark gestiegen. Da die gesetzliche Krankenversicherung durch eine Umverteilung von Erwerbstätigen auf Pensionisten, mitversicherte Kinder und sonstige Familienangehörige charakterisiert ist, kann sich angesichts der demographischen Entwicklung die Akzeptanz der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Erwerbstätigen vermindern. Durch eine Einführung einer Selbstbeteiligung wird die Umverteilung von den mittleren zu den oberen Altersklassen reduziert (entsprechend wird auch die Finanzierung „älterer Regionen“ durch „jüngere Regionen“ abgeschwächt). Die Angehörigen mittlerer Altersklassen wären somit die Gewinner gegenüber den Angehörigen älterer Altersklassen.

2.2 Formen der Selbstbeteiligung

Der private Versicherungsvertrag regelt, wann die Versicherung welche Leistungen für den Versicherten bereitstellt und welchen Preis der Versicherte für dieses Leistungsversprechen zahlt. Die gesetzliche Krankenversicherung muss immer dann Versicherungsleistungen bereitstellen, wenn die Bedingungen des vorher definierten Versicherungsfalls erfüllt sind. Versicherungsleistungen können als Geld- oder Sachleistungen erfolgen. Das Gesundheitssystem wird grundsätzlich durch das in Abbildung 2.1 dargestellte Beziehungsgeflecht bestimmt.

Abbildung 2.1: Theorie - Beziehungsgeflecht zwischen Versicherten, Krankenversicherung und Leistungserbringern



Quelle: Oberender/Ecker 2001

Der einfachste Versicherungstyp ist jener der Vollversicherung. Hierbei werden den Versicherten sämtliche Krankheitskosten vom Versicherer erstattet. Gesundheitsgüter haben für den Versicherten einen effektiven Preis von Null. Er wird demnach soviel Gesundheitsgüter nachfragen, bis sein Grenznutzen ebenfalls auf Null gefallen ist („Sättigungsmenge“; Breyer/Zweifel 1999). Insbesondere entsteht kein effektiver Anreiz, Medikamente und medizinische Leistungen durch eine Änderung der Lebensführung zu substituieren, was bei zahlreichen Krankheiten möglich wäre. Darüber hinaus entsteht „Moral-Hazard“-Verhalten, da der vollversicherte Patient auch geringere Anreize hat, bestimmte Vorsorgemaßnahmen zu unternehmen. Das „moralische Risiko“ und die damit verbundene verstärkte Leistungsanspruchnahme können jedoch gemildert werden, indem beim Nachfrager ein größeres Kostenbewusstsein induziert und ein gewisser Anteil des Risikos an den Versicherten abgegeben wird.

Die Sozialenquete-Kommision in Deutschland definierte „Selbstbeteiligung“ folgendermaßen: Selbstbeteiligung ist eine unmittelbare Eigenbeteiligung der Versicherten an den Kosten der individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern. Sie ist eine Eigenleistung, die der Versicherte über den von ihm geleisteten Monatsbeitrag hinaus erbringt, als die in Geld ausdrückbare Größe jedes einzelnen Schadensfalles, die nicht vollständig durch Versicherung gedeckt, sondern zu einem Teil vom Versicherten selbst getragen werden soll.

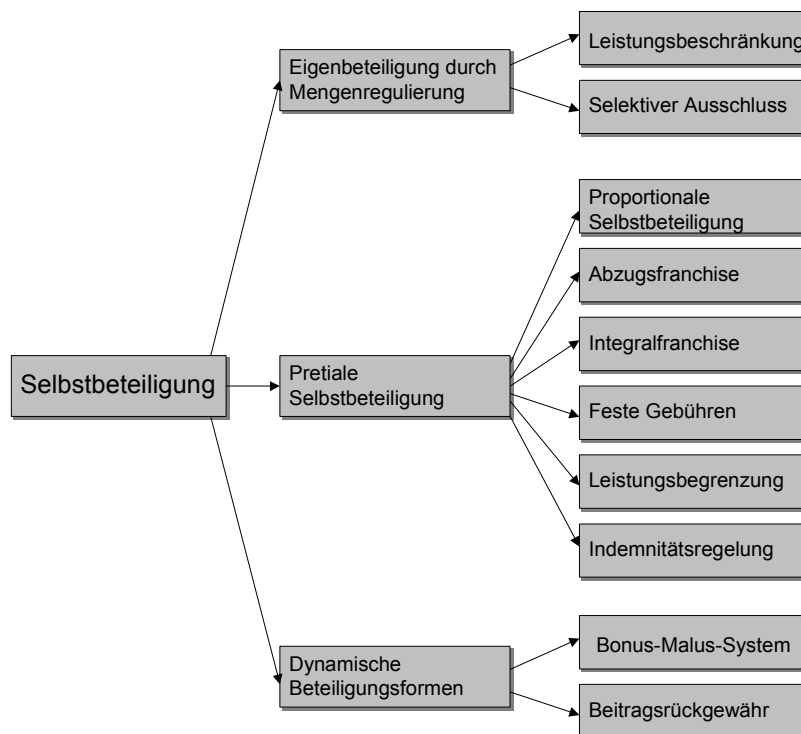
Abweichungen von der Vollversicherung können sich

- auf die Art des in Anspruch genommenen Gesundheitsgutes,
- auf die Person des Leistungserbringers und
- auf die Höhe der Erstattung durch die Versicherung beziehen (Breyer/Zweifel 1999).

Je nach Steuerungsmechanismus lassen sich die unterschiedlichen Formen der Selbstbeteiligungen in zwei Gruppen einteilen: In der ersten Gruppe wird die Nachfragesteuerung über eine Mengenregulierung erreicht, die zweite Gruppe umfasst unterschiedliche Formen der pretialen, das heißt über den Preis erfolgenden Steuerung, mit der der Konsument von Gesundheitsleistungen an deren Kosten beteiligt wird und so zu einem preisbewussten Nachfrageverhalten bewegt werden soll.

Abbildung 2.2 stellt die in dieser Arbeit exemplarisch beschriebenen Selbstbeteiligungsformen überblicksartig dar.

Abbildung 2.2: Theorie - Formen der Selbstbeteiligung



Quelle: IWI-eigene Darstellung

2.2.1 Eigenbeteiligung durch Mengenregulierung

Mengenreduzierende Effekte werden durch einen Ausschluss bestimmter Leistungskategorien sowie bestimmter diagnostischer und therapeutischer Leistungen aus der Krankenversicherung bewirkt. Ganz allgemein bewirken Leistungsausschlüsse Substitutionseffekte in Richtung versicherter Leistungen. Das Ausmaß dieser Nachfrageverschiebung hängt von der Preiselastizität der Nachfrage (synonym Nachfrageelastizität) sowie von den Substitutionsmöglichkeiten ab.

Leistungsbeschränkung

Leistungsbeschränkungen liegen vor, wenn bestimmte Leistungskategorien wie z. B. die zahnärztliche Behandlung nicht Gegenstand der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung sind. Solche Versicherungsmodalitäten implizieren den Anreiz, nicht versicherte Leistungen durch versicherte zu substituieren (Breyer/Zweifel 1999). Beispielsweise sind in der Schweiz zahnärztliche Behandlungen nicht Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nachfragereaktion: Nichtversicherte Leistungen werden durch versicherte substituiert. Bagatellleistungen werden infolge einer Leistungsbeschränkung nicht mehr nachgefragt. Langfristig kommt es zu einer Veränderung der Nachfragestruktur.

Selektiver Ausschluss

Der gezielte Ausschluss einzelner diagnostischer und therapeutischer Leistungen stellt die stärkste Form der Eigenbeteiligung dar. Der selektive Ausschluss erfolgt anhand zweier Kriterien: Einerseits knüpft er an der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einzelner Verfahren an (Ausschluss von Leistungen, die aus medizinischer Sicht nicht unbedingt erforderlich erscheinen), und andererseits wird er mit fahrlässiger oder vorsätzlich ungesunder Lebensweise begründet (z. B. übermäßiger Drogen-, Alkohol- oder Zigarettenkonsum sowie Sportverletzungen; Schulenburg 1987).

Unwirksamkeit und Unwirtschaftlichkeit sind als Ausschlusskriterien umstritten. Der Ausschluss von Leistungen wird von einigen Autoren dort als plausibel erachtet, wo die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen konsumtive Zwecke verfolgt, wie z. B. der Kauf einer modischen Brille oder Kuren mit Freizeiteffekt. Insbesondere werden als „Bagatell-“ oder als „Luxusgüter“ bezeichnete Leistungen (bestimmte Arzneimittel, die stationäre Unterbringung in einem Einzelzimmer, die Chefarztbehandlung, etc.) sowie nicht anerkannte Behandlungsmethoden von der Versicherung ausgeschlossen (Breyer/Zweifel 1999). Als Bagatellarzneimittel werden Arzneimittel bezeichnet, die üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen eingesetzt werden. Derartige Pharmazeutika werden von der Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen. Diese Arzneimittel finden sich auf Negativlisten wieder.

Nachfragereaktion: Sinn eines selektiven Ausschlusses aufgrund von fahrlässigem Selbstverschulden ist es, dem Versicherten zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Kommt es tatsächlich zu einer Verhaltensänderung, führt diese zu einer Nachfragereduktion nach Gesundheitsleistungen. Verfehlt die implementierte Selbstbeteiligung ihr Ziel, werden Leistungssubstitute in Anspruch genommen.

2.2.2 Pretiale Selbstbeteiligung

Primäres Motiv für pretiale bzw. preisliche Selbstbeteiligungen (vgl. Abbildung 2.2) ist die Beeinflussung des Nachfrageverhaltens. Durch die teilweise Risikoübertragung werden Preise transparenter und spürbarer. Eine pretiale Selbstbeteiligung erhöht - je nach

Ausmaß - die Preiselastizität der Nachfrage und führt zu einer Begrenzung der Preis- und Mengenentwicklung.

Proportionale Selbstbeteiligung (co-insurance)

Im Fall einer proportionalen Selbstbeteiligung übernimmt der Patient einen vereinbarten Prozentsatz der Behandlungskosten. Mit steigendem Selbstbeteiligungssatz nimmt sein Interesse an sparsamer Inanspruchnahme zu, da die Kostenbeteiligung mit zunehmendem Konsum ansteigt. Um Härtefälle zu vermeiden und den Versicherten vor der Übernahme extremer Risiken zu schützen, wird in der Praxis üblicherweise eine Höchstgrenze für die Selbstbeteiligung eingeführt. Als weitere Möglichkeit kann ein degressiver Selbstbeteiligungssatz angedacht werden. Proportionale Selbstbeteiligungen sind in den Gesundheitssystemen mehrerer Länder anzutreffen (siehe dazu auch die Übersicht in Kapitel 13).

Nachfragereaktion: Die proportionale Selbstbeteiligung dürfte - trotz Berücksichtigung von Härtefallregelungen - primär zu einer Senkung öffentlicher Ausgaben und sekundär zu einer Änderung des Nachfrageverhaltens der Patienten führen. Der Grad der Nachfragereaktion hängt von der Nachfrageelastizität, den Substitutionsmöglichkeiten sowie von der Konsumentensouveränität ab. Bei geringfügigen Gesundheitsstörungen wird sich der Versicherte Gedanken über die Notwendigkeit einer eventuellen Leistungsanspruchnahme machen. Durch die teilweise Übertragung des Krankheitsrisikos auf den Versicherten soll der Anreiz zur Eigenvorsorge und Prävention verstärkt werden.

Die beschriebenen unerwünschten Substitutionsmöglichkeiten können durch einheitliche proportionale Selbstbeteiligungen im gesamten Leistungsbereich umgangen werden. Eintretende Substitutionen spiegeln das Ausweichen von Patienten in kostengünstigere Behandlungsformen wider und werden manchmal als durchaus wünschenswert angesehen. Einheitliche prozentuale Selbstbeteiligungen schaffen marktkonforme Verhältnisse, da Preisrelationen zwischen Gesundheitsgütern unverändert bleiben (Medizinisch-pharmazeutische Studiengesellschaft 1990). Es treten lediglich Einkommenseffekte auf.

Abzugsfranchise (deductible)

Eine weitere häufig anzutreffende Selbstbeteiligungsform ist die Abzugsfranchise. Bei ihr wird ein fixer Betrag festgesetzt, bis zu dem der Versicherungsnehmer seine Schäden selber trägt, während höhere Schadenskosten unter Abzug des Franchisbetrages erstattet werden (Schulenburg 1987).

Die Steuerungswirkung ist demnach lediglich im unteren Kostenbereich mit positiver marginaler Belastung, bis zum fixen Betrag, gegeben. Überschreitet der Patient diese kritische Schwelle, gibt es keinen Anreiz zum sparsamen Leistungskonsum, da die marginale Belastung Null ist.

Als Sonderfälle der Abzugsfranchise gelten Integralfranchise und feste Gebühr.

Nachfragereaktion: Von Abzugsfranchisen ist nur bei relativ niedrigen Preisen eine Steuerungswirkung zu erwarten. Die Franchiselösung bezweckt in erster Linie die Ausgrenzung von Bagatellfällen aus der Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Fall hochpreisiger Gesundheitsgüter induziert diese Form der Selbstbeteiligung kein kostenbewusstes Verhalten.

Integralfranchise

Im Falle der Integralfranchise übernimmt der Patient die Behandlungskosten voll, wenn diese in der betrachteten Periode weniger als einen zuvor festgelegten Betrag aufweisen. Mit Integralfranchisen wird vor allem der Zweck verfolgt, Versicherungsunternehmen hinsichtlich der verwaltungsmäßigen Bearbeitung zu nicht vertretbaren Kosten im Vergleich zur Schadenssumme zu entlasten (Schulenburg 1987).

Nachfragereaktion: Unterhalb der Bagatellgrenze trägt der Patient die gesamten Kosten, hier geht er sparsam mit seinen Mitteln um. Darüber hinaus sind die Grenzkosten für den Patienten Null, es gibt keinen Anreiz mehr, die Kosten von Behandlungen zu überdenken.

Feste Gebühr

Eine leichte Modifizierung der Abzugsfranchise ist die feste Gebühr. Diese wird den Patienten für jedes einzelne Schadensereignis oder für jede in Anspruch genommene medizinische Leistung abverlangt. Anknüpfungspunkt für feste Gebühren können praktisch alle Leistungsbereiche sein (Schulenburg 1987).

Beispiele für diese Form der Selbstbeteiligung sind z. B. Krankenscheingebühren (absolute Zuzahlung für sämtliche im Krankheitsfall eintretende Leistungen), Rezeptgebühren sowie der Behandlungsbeitrag-Ambulanz. Rezeptgebühren werden für durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattungsfähige Arzneimittel abverlangt, und zwar unabhängig von den tatsächlichen Kosten eines Medikaments. Dadurch entfällt ein Anreiz zur Substitution von teuren (originären) durch billigere Präparate (Generika). Die Anzahl der erstattungsfähigen Arzneimittel wird in einigen europäischen Ländern durch Positivlisten eingeschränkt (vgl. Kapitel 13).

Die Steuerungswirkungen fallen je nach Anknüpfungspunkt unterschiedlich aus. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Konsumentensouveränität sowie die Höhe der festen Gebühr. Knüpft die Selbstbeteiligung an Leistungskomplexe an (z. B. Krankenscheingebühr), und entscheidet sich der Patient, diese zu konsumieren, agiert er in weiterer Folge, als ob er vollversichert wäre, und eine darauf aufbauende Steuerungswirkung entfällt. Knüpft die Selbstbeteiligung andererseits an Einzelleistungen an, wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von der Höhe der Gebühr und der Konsumentensouveränität bestimmt.

Nachfragereaktion: Ein Gebührensystem hält die Grenzkosten der Inanspruchnahme der jeweiligen Gesundheitsleistung konstant. Je geringer die feste Gebühr im Verhältnis zum Einkommen ist, desto geringer ist die Steuerungswirkung. Hingegen können zu hohe

festen Gebühren negative Effekte nach sich ziehen, da notwendige Behandlungen unterbleiben und langfristig höhere Behandlungskosten anfallen. Eine feste Gebühr, die sich auf einzelne Leistungen bezieht, verändert die Preisrelation und setzt Substitutionsprozesse in Gang. Ganz allgemein sind jedoch die erwarteten Nachfragereaktionseffekte eher gering. Die Nachfragereaktionen unterer Einkommensschichten werden, verglichen mit Besserverdienern, größer sein. Ein Problem bei festen Gebühren pro Leistungseinheit wie z. B. Medikamenten ist, dass der Patient keine Information über die unterschiedlichen Kosten substitutiver medizinischer Güter erhält und daher eine an sich gewünschte Steuerungsfunktion ungenutzt bleibt.

Leistungsbegrenzung

Eine Leistungsbegrenzung entspricht einer Obergrenze an Versicherungsleistungen. Leistungsbegrenzungen können in dreierlei Hinsicht vorgenommen werden (Schulenburg 1987):

- als Schadenssumme (Versicherungssumme), die vom Versicherer in jeder Periode höchstens zu zahlen ist,
- als Schadenssumme, die vom Versicherer für jedes Schadensereignis höchstens zu zahlen ist,
- als eine feste Anzahl an Leistungen, die vom Versicherer höchstens pro Rechnungsperiode zu decken ist.

Leistungsbegrenzungen sind jedoch nur wenig verbreitet, da sie den Versicherungseffekt genau in den Situationen einschränken, in denen er am meisten benötigt wird, nämlich bei existenzbedrohenden Krankheitskosten.

Nachfragereaktion: Unter der Leistungsobergrenze ist keinerlei Steuerungswirkung vorhanden.

Indemnitätsregelung

Im Fall von Indemnitätstarifen trägt der Versicherer einen festen Betrag je Mengeneinheit, unabhängig von der Forderung des jeweiligen Leistungserbringers. Als Bezugsgröße kommen beispielsweise ärztliche Einzelleistungen, der Behandlungsfall (nach Diagnosegruppen differenziert) oder der Krankenhaustag in Frage. Liegt die Forderung des Leistungsanbieters höher als die aufgrund der Indemnitätsregelung berechnete Versicherungsleistung, so hat der Patient eine Selbstbeteiligung zu tragen. Im Falle einer geringeren Forderung realisiert der Patient einen Überschuss. Eine Indemnitätsregelung kann sowohl in einem Kostenerstattungs- als auch in einem Sachleistungssystem angewendet werden. Im Rahmen der Kostenerstattung ersetzt die Krankenkasse die vom Patienten eingereichte Rechnung nur zum jeweiligen Festbetrag. Im Sachleistungssystem bezahlt der Patient jenen Teil, um den der Leistungspreis den Indemnitätsbetrag übersteigt, entweder direkt an den Leistungserbringer oder nachträglich an seinen Versicherer. In beiden Systemen kann die Selbstbeteiligung des Patienten im Einzelfall oder in gewissen Perioden erfolgen. Die Indemnitätsregelung folgt daher dem Grundsatz „Solidarität vor Subsidiarität“ (Medizinische-pharmazeutische Studiengesellschaft 1990).

Bei flexiblen oder uneinheitlichen Preisen weist diese Regelung allokativen Vorteile gegenüber konventionellen Selbstbeteiligungen auf, da der Versicherte das volle Preisrisiko trägt. Ganz allgemein führt ein umfassender Versicherungsschutz zu preisregulierenden Eingriffen auf den Gesundheitsmärkten. Eine derartige Regulierung kann durch eine Indemnitätsregelung vermieden werden. Als Beispiel können Regelungen für verschiedene Brillen genannt werden, für die der Versicherer einen festen Betrag gewährt. Bei einheitlich festgelegten Leistungspreisen entspricht das Ergebnis mithilfe Indemnitätsregelungen jenen konventioneller Selbstbeteiligungsformen (Schulenburg 1987).

Indemnitätsregelungen werden dann angewandt, wenn eine Leistungsverpflichtung der Solidargemeinschaft zwar dem Grunde, nicht aber dem Umfang nach anzuerkennen ist.

Nachfragereaktion: Nachfrager von Gesundheitsleistungen werden ein starkes Interesse an niedrigen Preisen signalisieren. In der von der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckten Bandbreite ergeben sich keinerlei Verhaltensänderungen. Liegt die Forderung des Leistungsanbieters höher als die aufgrund der Indemnitätsregelung berechnete Versicherungsleistung, hängt die Nachfragereaktion von der Nachfrageelastizität, den Substitutionsmöglichkeiten sowie von der Konsumentensouveränität ab.

2.2.3 Dynamische Beteiligungsformen

Bei den bisher beschriebenen Selbstbeteiligungsformen (mengenregulierend und pretial) fällt die Zahllast für den Patienten in dem Zeitraum an, in dem die Leistungen in Anspruch genommen wurden. Dynamische Beteiligungsformen verteilen die finanzielle Belastung auf mehrere Perioden. Im Anschluss wird das Bonus-Malus-Prämiensystem und die Beteiligungsrückgewähr diskutiert:

Bonus-Malus-Prämiensystem

Bonus-Malus-Prämiensysteme legen Prämien und Beitragsskalen mit Höchst- bzw. Mindestsätzen fest. Als Basisprämie (Prämie bei Versicherungsbeginn) kann entweder der Höchst- oder Mindestsatz bzw. eine Prämie dazwischen festgelegt werden. Zwischen dem Höchst- und Mindestsatz werden mehrere Tarfstufen festgelegt. Ist ein Beobachtungszeitraum schadensfrei verlaufen, bekommt der Versicherte einen Bonus, indem der Versicherungsbeitrag des Folgejahres um eine oder mehrere Tarfstufen sinkt. Im Schadensfall erfolgt ein Malus durch Beitragserhöhung. Bei privaten Krankenversicherungen sind solche Systeme oft zu beobachten.

Im Allgemeinen wäre die Anwendung eines Bonus-Malus-Systems auch in der gesetzlichen Krankenversicherung vorstellbar. Im Grunde handelt es sich bei einem Bonus-Malus-Prämiensystem um die Verknüpfung einer Gebühr bzw. Franchise und eines Kreditvertrages. Die Belastung wird nicht in der betrachteten Periode, sprich in der die Leistung in Anspruch genommen wurde, wirksam, sondern erhöht den Beitragsatz in den Folgeperioden. Der Nachteil des Bonus-Malus-Prämiensystems liegt im allokativen Bereich (Schulenburg 1987).

Nachfragereaktion: Eine Steuerungswirkung ist nur im unteren Kostenbereich gegeben, hier existiert v. a. eine positive Wirkung bei Bagatellfällen. Überschreiten die Krankenaufwendungen den kritischen Wert (Schadenfreiheitsgrenze), so geht von Bonus-Malus-Tarifen kein Anreiz aus, mit den im Gesundheitswesen eingesetzten Ressourcen sparsam umzugehen. Der Barwert der zusätzlichen Zahlung aufgrund eines Schadenfalles ist von der Schadenentwicklung in zukünftigen Perioden abhängig. Die Selbstbeteiligung wird zur stochastischen Größe (Schulenburg 1987).

Beitragsrückgewähr

Bei Schadensfreiheit oder in Abhängigkeit von der Schadenshöhe wird am Ende einer Periode ein Betrag an den Versicherten ausbezahlt. Erfolgt die Rückzahlung nur bei Schadensfreiheit, so entspricht das Ergebnis dieses Modells jenem einer Abzugsfranchise. Solange die Gesundheitsausgaben den Betrag der Beitragsrückgewähr unterschreiten, lohnt es sich für den Versicherten, die Gesundheitsausgaben selbst zu tragen. Bei höheren Gesundheitsausgaben wird der Versicherte hingegen auf die Beitragsrückgewähr verzichten, sie stellt die zu zahlende Selbstbeteiligung dar. Der Unterschied zwischen Beitragsrückgewähr und einer konventionellen Form der Selbstbeteiligung besteht in der zeitlichen Struktur der Zahlung (Schulenburg 1987).

Nachfragereaktion: Die Implementierung einer Beitragsrückgewähr führt zu keinerlei ausgabensteuernden Wirkungen hinsichtlich Inanspruchnahmeverhalten. Durch die Rückzahlungen und den damit verbundenen erhöhten Verwaltungsaufwand entstehen im Rahmen der Beitragsrückgewährung zusätzliche Ausgaben, die nicht durch Einsparungen kompensiert werden.

Durch die 1970 in der Bundesrepublik Deutschland eingeführte Krankenscheinprämie, die auf dem Beitragsrückgewährungsprinzip basierte, konnte keine Verlangsamung des Anstiegs des ärztlichen Leistungsvolumens erreicht werden. Es entstand jedoch ein erheblicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand der Krankenkassen. Das Scheitern dieser Regelung dürfte unter anderem darauf rückzuführen sein, dass die finanziellen Anreize für den Versicherten (maximal € 15,34 / DEM 30,- pro Jahr) zu gering waren (Medizinische-pharmazeutische Studiengesellschaft 1990).

2.3 Argumente zur Selbstbeteiligung

Pro

Durch eine Einführung von Selbstbeteiligungen lassen sich, zumindest kurzfristig, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung senken. Im weiteren erwarten sich die Befürworter der Einführung von Selbstbeteiligungen folgende Wirkungen:

- Selbstbeteiligungen initiieren Selbstvorsorge- und Schadensverhütungsmaßnahmen, die bei vollem Versicherungsschutz nicht entstehen (Moral-Hazard-Phänomen). Unnötige Mehrbelastungen des Gesundheitswesens können somit reduziert werden.

Durch eine Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens geht langfristig die Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Leistungen zurück, z. B. durch Alternativbehandlungen bei Bagatellerkrankungen und weniger schneller Arztkonsultation (Sommer/Leu 1984). In diesem Zusammenhang sollte auch der Anreiz für Patienten, sich besser über Gesundheitsfragen zu informieren, nicht unterschätzt werden. Das Wissen über mögliche hohe Folgekosten von Krankheiten schafft erst den Anreiz, Bildungsinvestitionen auf diesem Gebiet zu tätigen.

- Bei vollem Versicherungsschutz fragt der Patient im Bedarfsfall Gesundheitsleistungen, wie ein freies Gut, zum Null-Tarif nach. Gerade bei steigenden Prämien ist es für den Patienten ein rationales Verhalten, seine Nachfrage auszudehnen, um den gewünschten Gegenwert für seine Beiträge zu erhalten. Es entsteht eine volkswirtschaftlich überhöhte Nachfrage. Durch die Einführung von Selbstbeteiligungen könnte eine Effizienzsteigerung bei der medizinischen Versorgung erzielt werden (Sommer/Leu 1984)
- Selbstbeteiligungen führen zu einer Veränderung des Denkens der Versicherten. Die durch Gesundheitsleistungen entstehenden Kosten werden nicht mehr als unbeeinflussbar vom eigenen Verhalten angesehen (WIdO 2001).
- Aufgrund der Kostenbelastung wird beim Nachfrager Interesse an kostengünstigeren Leistungen, die als Substitute angesehen werden, geweckt. Dies führt zu einer Veränderung der Struktur der Leistungsnachfrage (WIdO 2001).
- Preiserhöhungen auf der Anbieterseite werden durch ein größeres Kostenbewusstsein der Versicherten im Zuge einer Selbstbeteiligung erschwert (WIdO 2001).
- Der Wettbewerb unter den Anbietern soll nicht nur auf der qualitativen Ebene stattfinden. Ebenso können Anreize für kostensenkenden Fortschritt geschaffen werden (WIdO 2001).
- Die direkte finanzielle Belastung des Patienten während der Behandlung verstärkt den Anreiz, den ärztlichen Therapievorgaben konsequent zu folgen, und verbessert damit die Compliance (Reichelt 1994).
- Die angebotsinduzierte Nachfrage stößt auf stärkere Barrieren, wenn der Patient medizinisch nicht unbedingt erforderliche Behandlungen mitfinanzieren muss.
- Durch Selbstbeteiligungen werden Krankenkassen vom administrativen Aufwand der Abrechnung zahlreicher Kleinfälle entlastet (Sommer/Leu 1984).

Contra

- Der Patient entscheidet über seine Nachfrage nicht wie ein „homo oeconomicus“. Vielmehr spielen hierbei nicht-ökonomische Einflussfaktoren eine große Rolle (WIdO 2001).
- Es besteht die Gefahr der Ausweitung einer laienhaften Selbstmedikation (WIdO 2001).
- Da es erst bei verhältnismäßig hohen Selbstbeteiligungen zu einem spürbaren Nachfragerückgang kommt, ist eine Selbstbeteiligungsregelung asozial und gefährlich. Untere Einkommensschichten und chronisch Kranke werden von einer Selbstbeteiligungsregelung besonders stark betroffen bzw. von der Inanspruchnahme medizini-

scher Leistungen, wenn es keine Härtefallregelung gibt, abgehalten (Sommer/Leu 1984).

- Die Einführung einer geringen und somit sozial verträglichen Selbstbeteiligung ist unwirksam. Vielmehr dient sie den Anbietern im Gesundheitswesen als zusätzliche Finanzierungsquelle (verschleierte Beitragserhöhung) und den Krankenkassen als Schutz vor ständigen Prämien erhöhungen (Sommer/Leu 1984).
- Bagatellfälle können medizinisch relevant sein. Durch verschleppte, nicht erkannte Krankheiten steigen später die Gesundheitskosten (Sommer/Leu 1984).
- Da Patienten nur über die primäre Nachfrage entscheiden, also ob sie einen Arzt aufsuchen oder nicht, besteht ein geringer Einfluss des Versicherten auf Preis und Menge von Leistungen. Vielmehr treffen Ärzte Diagnose- und Behandlungsentscheidungen und entscheiden so über die sekundäre Nachfrage (ungleich gestaltete Arzt-Patient-Beziehung). Aus diesem Grund müssen Maßnahmen zur verstärkten Kostenkontrolle auch bei den Ärzten ansetzen (Sommer/Leu 1984).
- Besteht die Wahl zwischen verschiedenen Selbstbeteiligungsvarianten, werden sich gesunde, jüngere Menschen für die höchsten Selbstbeteiligungen und die „schlechten Risiken“ für die umfassendste Deckung entscheiden (adverse Selektion). Dies führt zu einem reduzierten Solidaritätsausgleich zwischen Gesunden und Kranken (Sommer/Leu 1984).
- Die durch Selbstbeteiligungen gesunkenen Arztkonsultationen führen zu Einkommensausfällen der Ärzte. Diese könnten durch die Erbringung zusätzlicher Leistungen kompensiert werden (Sommer/Leu 1984).
- Insbesondere das Angebot einkommensabhängiger Selbstbeteiligungsvarianten würde bei den Krankenversicherungen zu höheren Verwaltungskosten führen, welche die zu erwarteten Einsparungen leicht übersteigen könnten (Sommer/Leu 1984).

3 Meta-Analyse

Um die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zukunft sicherzustellen, werden auf politischer sowie wissenschaftlicher Ebene Konzepte und Analysen zur Einführung, Ausgestaltung und Treffsicherheit von Selbstbeteiligungen durchgeführt. In diesem Kontext entstanden in den vergangenen Jahrzehnten in Europa und den USA eine Reihe von Studien. Im Rahmen der Meta-Analyse werden sechs Arbeiten einer retrospektiven Analyse unterzogen. Aus der systematischen Synthese der Einzelergebnisse werden Schlussfolgerungen abgeleitet.

Der systematische Review beinhaltet die in Tabelle 3.1 angeführten Studien.

Die in die Meta-Analyse aufgenommenen Studien unterscheiden sich inhaltlich und methodisch. Gemeinsam ist ihnen, dass sie konkrete Auswirkungen unterschiedlicher Selbstbeteiligungsformen hinsichtlich Nachfrageveränderungen und Substitutionseffekten untersuchen. Die Analysen beziehen sich auf folgende Gesundheitsbereiche:

- den gesamten Leistungsbereich,
- stationäre Leistungen,
- ambulante Leistungen und
- Arzneimittel.

Die Auswertung der Studien erfolgt gegliedert nach Selbstbeteiligungsformen und Gesundheitsbereichen.

Tabelle 3.1: Meta-Analyse - Im Rahmen der Meta-Analyse untersuchte Studien

Titel	Land	Methode	Gesundheitsbereich	Selbstbeteiligungsform	Höchstbetrag
Evaluierung der allgemeinen Selbstbehaltregelung (ASB-Regelung) (Krankenkassenrat 1998)	NL	Evaluation und Umfragen	Gesamte Leistungen	• 20%ige SB auf alle refundierten Leistungen • € 3,63 / NLG 8,- /Tag für stationäre Leistungen • Hausärzte, Zahnärzte und Entbindungen sind von der Regelung ausgenommen	• Maximal € 90,76/ NLG 200,-/ Jahr • Herabsetzung der Nominalprämie um € 49,92 / NLG 110,-
Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment (RAND-Experiment) (Manning et al. 1987)	USA	Feldexperiment (1974-1977)	Gesamte Leistungen	• 0-, 25-, 50- oder 95%ige proportionale SB oder • freie stationäre Behandlung mit 95%iger SB im ambulanten Bereich	• 5, 10 oder 15% des Jahreseinkommens und maximal € 1.085,42/ USD 1.000,-
Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Pfaff et al. 1994)	D-West	Mikro-Simulationsmodell (Formalinzidenzanalyse), Berechnungsjahr 1991	Stationäre Leistungen, ambulante Leistungen und Arzneimittel	▪ <u>Regelung 1991:</u> € 1,53/ DEM 3,-/ Arzneimittel (Festbetragsmarkt ohne SB); € 5,11/ DEM 10,- / stationärer Tag, maximal 14 Tage ▪ <u>Seehofe-Vorschlag:</u> 10%, mind. € 1,53/ DEM 3,- / Arzneimittel; € 5,62/ DEM 11,-/ stationärer Tag ▪ <u>GSG 1993:</u> feste preisgestaffelte Gebühr bei Arzneimitteln: € 1,53/ DEM 3,- bis € 15,34 / DEM 30,-; € 2,56 / DEM 5,- von € 15,34 / DEM 30,- bis € 25,56 / DEM 50,-; € 3,58 / DEM 7,- über € 25,56/ DEM 50,- ▪ Stationäre Leistungen: € 5,62/ DEM 11,- / Tag, maximal 14 Tage ▪ <u>Simulation:</u> 15%ige SB bis maximal € 153,39 / DEM 300,- bzw. € 5,11 / DEM 10,- / Behandlungsschein im ambulanten Bereich	• Zahlungsbefreiung wegen Härtefällen bei Arzneimitteln • Zahlungsbefreiung für Kinder bei Arzneimitteln und stationärer Behandlung
Die Regelung von Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich (BASYS 1999)	D-West, A, B, CAN, CH, DK, E, F, GB, I, J, NL, SWE, USA	Kombinierte Querschnitt- und Längsschnittregressionsanalyse (1980 bis 1997)	Arzneimittel	• Positiv- und Negativlisten, • Indemnitätsregelung • Zuzahlung (proportionale SB, Gebühr)	-
Steuernwirkung der Selbstbeteiligung im Arzneimittelmarkt (Reichert 1994)	D	Längsschnittanalyse (1977 bis 1992) der in Deutschland geltenden Regelungen	Arzneimittel	• Feste Gebühr • Indemnitätsstarife • proportionale SB • Negativliste	-

Tabelle 3.1/Fortsetzung

Titel	Land	Methode	Gesundheitsbereich	Selbstbeteiligungsform	Höchstbeitrag
Bonus Options in Health Insurance (Zweifel 1992)	D	Regressionsanalyse Berechnungsjahr 1982	Ambulante Leistungen	• 20-, 30- oder 40%ige proportionale SB • Abzugsfranchise (€ 0,- bis € 766,94 / DEM 0,- bis DEM 1.500,-) • Beitragsrückgewähr • Bonus-Prämienystem	-

SB = Selbstbeteiligung, GSG = Gesundheits-Strukturgesetz

Quelle: IWl-eigene Darstellung

In den Niederlanden wurde 1997 die Allgemeine-Selbstbehalt-Regelung eingeführt. 1998 wurde diese - nach einer Regierungsumbildung - als nicht zielführend eingeschätzt und im Jahr 2000 wieder aufgehoben. Entscheidend dafür war, dass der finanzielle Ertrag durch die Überwälzung der Zahllast auf die Patienten hinter den Kosten, die durch die Einführung der Regelung und die Verringerung der Nominalprämien für Krankenkassen-versicherte entstand, zurückblieb (Krankenkassenrat 1998).

In einem 1974 von der US-Regierung initiierten und von der RAND Corporation durchgeführten Health Insurance Experiment (HIE) wurde der Einfluss von verschiedenen Selbstbeteiligungsregelungen auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen untersucht (Manning et al. 1987). Das Sample bildeten 3.000 Familien in sechs ausgewählten Regionen, welche nach einem Zufallsprinzip 14 verschiedenen Versicherungsplänen zugeordnet wurden. Diese unterschieden sich in der Höhe der Selbstbeteiligung und im Absolutbetrag, welcher maximal pro Jahr angelastet werden kann. Das Experiment lief für 70 Prozent aller Familien drei Jahre lang, während die verbleibenden 30 Prozent fünf Jahre an dem Experiment teilnahmen. Alle beteiligten Personen waren jünger als 60 Jahre. Die erzielten Ergebnisse wurden nach Subgruppen erfasst, wie z. B. differenziert nach Einkommen, Alter und Gesundheitszustand.

Ziel der Arbeit „Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Pfaff et al. 1994) war die empirische Überprüfung der Auswirkungen ausgewählter Kostendämpfungsmaßnahmen in West-Deutschland auf das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung. Betrachtet werden die Regelung 1991 (basierend auf dem Gesundheitsstrukturgesetz 1989), der Seehofer Vorschlag 1992 (Referentenentwurf zum Gesundheitswesen und Vorlage für das Gesundheits-Strukturgesetz 1993) und das Gesundheitsstrukturgesetz 1993. Als Datenbasis zogen die Autoren eine Vollerhebung der Prozessdaten der AOK Lindau aus dem Jahr 1981 heran. Die Mitgliederstruktur und das Ausgabenniveau wurden auf das Jahr 1991 fortgeschrieben. Unterschiede in der Versicherungsstruktur der Stichprobe und der Grundgesamtheit wurden angepasst. Der ambulante Bereich wurde in Deutschland bis dato nicht durch eine Selbstbeteiligung belastet. Dazu wurden Simulationsberechnungen durchgeführt.

Die Studie „Bonus Options in Health Insurance“ (Zweifel 1992) basiert ausschließlich auf Daten von Privatversicherungen. Betrachtet werden drei Anbieter, die folgende Versicherungsvarianten offerieren: Versicherer A: *Abzugsfranchise* (deductibles) und/oder *proportionale Selbstbeteiligung* (co-insurance), Versicherer B: *Beitragsrückgewähr* (fixed rabate) von drei Monatsraten bei keiner Leistungsbeanspruchung durch den Versicherten und Versicherer C: ein *Bonus-Prämiensystem*, mit einem Rabatt von mindestens zwei bis höchstens vier Monatsprämien.

Ziel der Studie „Die Regelung von Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich“ (BASYS 1999) ist es, anhand international vorliegender Daten Instrumente zur Arzneimittelmärkte-regulierung auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Untersucht werden Arzneimittelmittelbudgets, Positiv- und Negativlisten, Festbeträge (Indemnitätsstarife) und Zuzahlungen.

Die Arbeit „Steuerwirkungen der Selbstbeteiligung im Arzneimittelmarkt“ (Reichelt 1994) analysiert Selbstbeteiligungsregelungen, die in Deutschland seit 1977 umgesetzt wurden. In diesem Kontext wird untersucht, ob die unterschiedlichen Selbstbeteiligungsmodelle hinsichtlich Steuerungs- und Umverteilungswirkung geeignet sind, die Zielsetzungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Bedarfsgerechtigkeit, Versorgungseffizienz, etc.) effizient zu erreichen.

3.1 Proportionale Selbstbeteiligung

Alle der Meta-Analyse zugrundegelegten Studien behandeln die proportionale Selbstbeteiligung. Untersuchte Einsatzbereiche der Selbstbeteiligungsform umfassen die gesamten Leistungen der Krankenversicherung, den ambulanten Bereich sowie den Arzneimittelmarkt.

Proportionale Selbstbeteiligung bezogen auf den gesamten Leistungskatalog

Vergleicht man die Auswirkungen der beiden Selbstbeteiligungsregelungen, die sich auf den gesamten Leistungskatalog beziehen (vgl. Tabellen A.1 und A.2 im Anhang), kommt man zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Beim RAND-Experiment handelte es sich um ein Feldexperiment. Alle beteiligten Haushalte bekamen volle Informationen über ihren jeweiligen Krankenversicherungsvertrag. Dies führte zu keinerlei verzerrten Nachfragereaktionen. Im Gegensatz dazu wurde die Inkenntnissetzung der Bevölkerung über die Implementierung der ASB-Regelung in den Niederlanden bemängelt. Betrachtet man im Gegenzug die Anbieterseite, ist eindeutig zu erkennen, dass Leistungsanbieter eine Vielzahl unterschiedlichster Versicherungsverträge - wie im Fall des RAND-Experiments - nicht transparent nachvollziehen können. Eine Anpassungsreaktion der Anbieter findet in diesem Fall nicht statt. Die ASB-Regelung - eine einzige, nicht wählbare Regelung - ist ebenso für die Leistungsanbieterseite transparent. Anbietern ist es möglich, auf die Veränderungen zu reagieren. Voraussetzung ist natürlich die ausreichende Information durch die Implementierungsbehörde. Dieser Prozess fand in den Niederlanden nur ungenügend statt.

Ganz allgemein reagierte die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im RAND-Experiment elastischer als infolge der Implementierung der ASB-Regelung. In den USA wurden bei Vollversicherung 45 Prozent höhere Gesundheitsausgaben beobachtet als bei Kostenbeteiligung. Verglichen dazu führte die ASB-Regelung zu keinerlei bedeutender Reduzierung der Gesamtkosten. Eine Trendumkehr in Richtung kostenbewusster Nachfrage wurde ebenfalls nicht erreicht. Eine mögliche Begründung liegt in der Tatsache, dass die ASB-Regelung als Kompensation für die eingeführte Selbstbeteiligungen eine Reduktion der Nominalprämie vorsah. Die Entlastung erfolgte jedoch einkommensunabhängig. Der Nutzen der Entlastung ist für untere Einkommensschichten geringer als die zusätzliche Belastung durch die Selbstbeteiligung. Bei Versicherten mit höherem Einkommen gilt dies in sehr abgeschwächter Form. Führt eine Selbstbeteiligung zu einer Reduktion der Beitragslast, so ist selbst bei normalen Reaktionsverhalten der Konsumenten keine generelle Aussage darüber möglich, ob die Maßnahmen zu einer Dämpfung der Gesundheitsausgaben führen.

Tabelle 3.2. Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich proportionaler Selbstbeteiligung

Autor/Herausgeber	Gesundheitsbereich	Finanzierungs- und Steuerungseffekt	Nachfragerreaktion (Einkommen oder Alter)	Substitution
Krankenkassenrat 1998	Gesamte Leistungen	- keine Gesamtkostensenkung - kostenbewusstes Verhalten konnte nicht initiiert werden - keine Finanzverschiebung in den privaten Bereich aufgrund der Prämienreduktion - höhere Leistungsansprüche nach Erreichen der Höchstbeitragsgrenze	- Auswirkung der Regelung nach Einkommensgruppen ist gering - die durchschnittlichen Selbstbeteiligungsbeiträge differieren kaum nach Einkommensgruppen - signifikante Senkung im Arzneimittelverbrauch niedriger Einkommensgruppen	- keine Substitutionseffekte - eine Nachfragerverschiebung in Richtung selbstbeteiligungsfreie Leistungen fand nicht statt.
RAND-Experiment (Manning et al. 1987)	Gesamte Leistungen	- Klarer Einfluss der Regelungen auf die Gesundheitsausgaben (siehe Anhang A, Tabelle A.1) - Versicherte ohne Selbstbeteiligung verzeichneten um 45% höhere Ausgaben als mit 95%-iger Selbstbeteiligung - größte Leistungsrücknahmen bei Selbstbeteiligungen bis 25% - keine signifikanten Unterschiede zwischen den Selbstbeteiligungs-Gruppen bei stationären Leistungen	- mit dem Einkommen steigt bei allen Versicherungsplänen die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme med. Leistungen - die Zunahmen der Inanspruchnahme fallen bei Versicherungsplänen mit Selbstbeteiligung höher aus (siehe Anhang A, Tabelle A.2)	keine Ergebnisse
Pfaff et al. 1994	Ambulante Leistungen	- klarer Einfluss der Regelung, die Versicherten hätten Selbstbeteiligungen von € 1.471,4 Mio./ DEM 2.877,8 Mio. zu tragen (siehe Anhang A, Tabelle A.3) - die Regelung hätte jährlich jeden Versicherten mit € 37,84/ DEM 74,- belastet	- Anstieg der Belastung mit dem Alter - stärkerer Anstieg der Gesundheitskosten männlicher Versicherter mit zunehmendem Alter und höhere Belastung durch die Selbstbeteiligung - kaum Unterschiede in der Belastung von Frauen zwischen 25 und 65 Jahren	keine Ergebnisse
Zweifel 1992	Ambulante Leistungen	- klarer Einfluss der Selbstbeteiligungs-Regelungen auf die Gesundheitsausgaben (siehe Anhang A, Tabelle A.4) - eine 20%ige Selbstbeteiligung reduziert die Wahrscheinlichkeit einer finanziellen Ausgabe zwischen 8 und 9,5% verglichen mit der Benchmark-Gruppe (die 25- bis 34-Jährigen)	- signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme werden ab der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen identifiziert (siehe Anhang A, Tabelle A.5) - weibliche Versicherte weisen durchschnittlich höhere Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme auf	keine Ergebnisse
Pfaff et al. 1994	Arzneimittel	- klarer Einfluss des Seehofer-Vorschlags, die Versicherten hätten Selbstbeteiligungen von € 1.110,78 Mio./ DEM 2.172,5 Mio. zu tragen, annähernd doppelt soviel als unter der Regelung 1991 (siehe Anhang A, Tabelle A.6) - die Regelung hätte jährlich jedes Mitglied mit € 28,63/ DEM 56,- belastet anstelle von DEM 29,- unter der Regelung 1991	- ältere Versicherte wären überproportional belastet - die Regelung hätte sich in ihrer Struktur etwas nachteiliger auf Männer ausgewirkt als auf Frauen - am stärksten betroffen wären Männer ab dem 60. Lebensjahr, bei Frauen wirken härtefallbedingte Entlastungseffekte stärker	keine Ergebnisse

Tabelle 3.2/Fortsetzung

Autor/Herausgeber	Gesundheitsbereich	Finanzierungs- und Steuerungseffekt	Nachfragerreaktion (Einkommen oder Alter)	Substitution
BASYS 1999 ¹	Arzneimittel	• Zuzahlungen wirken längerfristig auf die Arzneimittelausgaben steigend (siehe Anhang A, Tabelle A.7) • Zuzahlungen wirken auf die Ausgaben für verordnete Arzneimittel pro Kopf eher steigen • Zuzahlungen wirken auf Ausgaben für die medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel pro Kopf mindernd	keine Ergebnisse	• Zuzahlungen wirken längerfristig auf die Selbstmedikation steigend • Zuzahlungen wirken kurzfristig auf die Selbstmedikation eher mindernd
Reichert 1994	Arzneimittel	• proportionale Selbstbeteiligungen weisen günstigere Steuerungswirkungen auf als feste Gebühren • Konflikt zwischen Merkllichkeit und sozialer Verträglichkeit • proportionale Selbstbeteiligungen implizieren nur eingeschränkt nachtragesteuernde Wirkungen	keine Ergebnisse	keine Ergebnisse

SB = Selbstbeteiligung

¹. BASYS analysiert die Auswirkungen der proportionalen Selbstbeteiligung nicht gesondert, sondern kombiniert mit festen Gebühren und festen gestaffelten Beiträgen, unter dem Begriff Zuzahlung. Der Grund für diese Vorgangsweise liegt darin begründet, dass es sich bei den Zuzahlungsformen in den einzelnen Ländern um Mischformen handelt.

². Die Untersuchung von Reichelt setzt sich nur überblicksartig mit proportionalen Selbstbeteiligungen auseinander. Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung hob zwischen 1970 und 1977 eine 20-prozentige Selbstbeteiligung auf Arzneimittel ein, kombiniert mit einer Höchstgrenze pro Rezept. Die empirischen Untersuchungen von Reichelt beschränkt sich jedoch auf die Jahre nach 1977.

Quellen: BASYS 1999, Krankenkassenrat 1998, Manning et al. 1987, Pfaff et al. 1994, Reichelt 1994, Zweifel 1992

Die 20-prozentige Selbstbeteiligung bewirkte in den Niederlanden keine Leistungsrücknahme der Versicherten. In den USA hingegen erfolgte die größte Reduktion der ambulanten Inanspruchnahmen zwischen freier Leistung und einer 25-prozentigen Kostenbeteiligung. Ein Grund dafür mag sein, dass alle im RAND-Experiment beteiligten Personen jünger als 60 Jahre waren. Im Fall der stationären Leistungen konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Selbstbeteiligungsgruppen (25, 50 und 95 Prozent) hinsichtlich Leistungsreduktion wahrgenommen werden. Dies ist in erster Linie auf das Vorhandensein einer jährlichen einkommensabhängigen Obergrenze zurückzuführen. Im Allgemeinen reagieren untere Einkommensschichten auf Kostenbeteiligungen massiver als wohlhabende Haushalte. Selbst dieser einkommensabhängige Nachfrageeffekt war in den Niederlanden kaum merkbar. Er konnte lediglich im Bereich der Arzneimittelnachfrage identifiziert werden.

Nennenswerte Substitutionseffekte konnten in keiner der beiden Studien nachgewiesen werden. Begründet wird diese Tatsache dadurch, dass Substitutionsmöglichkeiten ebenfalls mit Selbstbeteiligungen belegt sind. Substitutionsprozesse in Richtung zuzahlungsfreier Leistungen, wie z. B. die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden, fanden ebenfalls nicht statt.

Erstaunlich erscheint die Tatsache, dass trotz Wirkungslosigkeit der ASB-Regelung in den Niederlanden 13 Prozent der Befragten attestierten, durch die Regelung nicht länger die notwendige Versorgung zu erhalten. Daraus lässt sich folgern, dass es sich um Personen mit geringem Einkommen oder schlechtem Gesundheitszustand handelt. Im RAND-Experiment sind einkommensabhängige Nachfragereaktionen nur unsignifikant zu beobachten. Der Gesundheitszustand bewirkt keine Verhaltensänderung. Hier muss jedoch wieder das Argument entgegengehalten werden, dass im Sample ausschließlich Personen unter 60 Jahren enthalten waren.

Proportionale Selbstbeteiligung bezogen auf ambulante Leistungen

Gemäß der Untersuchungen von Zweifel (1992) reduziert eine proportionale Selbstbeteiligung (zwischen 20 und 40 Prozent) die ambulante Leistungsanspruchnahme zwischen zirka 8 und 19 Prozent. Die Ergebnisse dieser Studie basieren auf Kennzahlen privater Versicherungsunternehmen. Reaktionen privatversicherter Patienten werden im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung massiver ausfallen. Ebenso ist das gewählte Sample nicht repräsentativ für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Ermittelte Trends können jedoch eine gute Grundlage für Entscheidungsträger darstellen.

Ältere Personengruppen fragen erwartungsgemäß verstärkt Gesundheitsleistungen nach. Signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme sind ab der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen zu erkennen. Weibliche Versicherte weisen ebenso durchschnittlich höhere Inanspruchnahmen auf. Das Simulationsmodell von Pfaff et al. kam ebenso zu dem Ergebnis, dass ältere Personen überproportional durch eine proportionale Selbstbeteiligung belastet werden. Die Studie attestierte einen stärkeren Anstieg der Gesundheitskosten männlicher Versicherter mit dem Alter. Männliche Versicherungsmitglieder haben eine höhere Selbstbeteiligung zu tragen als weibliche, da weibliche Versicherte häufiger durch Härtefallregelungen entlastet werden (Pfaff et al. 1994).

Zweifel kam zu dem Ergebnis, dass bei leichten Erkrankungen Versicherungspläne mit einer Abzugsfranchise zu einer geringeren Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen führen als eine proportionale Selbstbeteiligung. Dies trifft bei schweren Erkrankungen nicht in jedem Fall zu. Überschreitet der Patient die Obergrenze der Abzugsfranchise, verliert die Franchise ihre Wirkung, während die proportionale Selbstbeteiligung ihren Effekt nach und nach verliert (Zweifel 1992).

Eine Selbstbeteiligungsrate von 20 Prozent reduziert die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches verglichen mit einer Vollversicherung. Eine höhere proportionale Selbstbeteiligungsrate führt zu einem noch stärkeren Rückgang in der Wahrscheinlichkeit einer Arztkonsultation (Zweifel 1992). Zweifel kam zu dem Ergebnis, dass eine € 230,08 / DEM 450,- hohe Abzugsfranchise auf die ambulante Nachfrage einen vergleichbaren Effekt wie eine 20-prozentige Selbstbeteiligung nach sich zieht.

Proportionale Selbstbeteiligung bezogen auf Arzneimittel

In Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, Portugal, Schweden und Spanien werden prozentuale Selbstbeteiligungen für Arzneimittel eingehoben (ÖBIG 2001i).

Verglichen mit festen Gebühren werden von proportionalen Selbstbeteiligungen eher steuernde Effekte erwartet. Kurzfristig wirken dynamische Effekte (Vorzieheffekte). Langfristig können proportionale Selbstbeteiligungen ausgabensteigernde Wirkungen nach sich ziehen. Dies hängt jedoch sehr stark von der Höhe der Selbstbeteiligung ab.

Proportionale Selbstbeteiligungen bewirken Steigerungen bei der Selbstmedikation. Dieser Effekt wird durch eine zusätzliche Mengenregulierung (Positiv- und Negativliste) noch verstärkt.

Zwischen sozialer Verträglichkeit und Merklichkeit einer proportionalen Selbstbeteiligung besteht ein Trade-off. Eine Selbstbeteiligung im Arzneimittelbereich wird immer sozial verträglich gestaltet oder mit Härtefallregelungen flankiert sein, daher werden in der Regel langfristige ausgabensenkende Wirkungen ausbleiben.

Vorschläge für die Höhe einer proportionalen Selbstbeteiligung schwanken für den Arzneimittelbereich zwischen 10 und 20 Prozent. Die geringen Prozentsätze sind aber nur in wenigen Fällen geeignet, Anreize für eine preisgünstige Arzneimittelauswahl zu schaffen. Der durchschnittliche Preisunterschied zwischen einem teuren Originalpräparat und einem preisgünstigen Generikum betrug in Deutschland zum Zeitpunkt der Erhebung lediglich rd. € 5,11 / DEM 10,-. Auch wenn diese Form der Durchschnittsbetrachtung die Einsparungsmöglichkeiten im Einzelfall unterbelichtet, deutet sie doch bereits die Grenzen der Nachfragesteuerung durch eine proportionale Selbstbeteiligung an (Reichelt 1994).

Die Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft (1990) kommt in ihren theoretischen Überlegungen zu dem Schluss, dass bei der leistungsbezogenen absoluten Zahlung (z. B. fixe Gebühr) aufgrund der Substitutionsprozesse langfristig höhere Behandlungskosten notwendig werden. Eine kostensenkende Wirkung ist kaum zu erwarten. Induziert wird dies durch das veränderte Patientenverhalten aufgrund der veränder-

ten Preisrelation infolge erhöhter (absoluter leistungsbezogener) Zuzahlungen, dies kann z. B. zu verschleppten Krankheiten führen. Im Gegensatz dazu bewirkt eine proportionale Selbstbeteiligung keine Änderung der Preisrelation. Infolgedessen besteht die Möglichkeit der Gestaltung eines sozial verträglichen Selbstbeteiligungssatzes. Aufgrund dieser „sozial differenzierten proportionalen Selbstbeteiligung“ sind kaum noch nachhaltige Steuerungswirkungen oder merkliche Entlastungen der Versichertengemeinschaft zu erwarten (BASYS 1999).

Das RAND-Experiment kam zu dem Ergebnis, dass Selbstbeteiligungen zu einer Reduzierung sowohl des Verbrauchs von verschreibungspflichtigen als auch nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln führten. Die Anzahl der Verschreibungen war in den Untersuchungsgruppen, die Selbstbeteiligungen für Medikamente zu leisten hatten, um 18 bis 33 Prozent niedriger als in den untersuchten Gruppen mit zuzahlungsfreien Arzneimitteln. BASYS kam zu dem Ergebnis, dass die Einführung einer proportionalen Selbstbeteiligung kurzfristig auf die Selbstmedikation eher mindernd wirkt, langfristig aber mit einer expansiven Wirkung zu rechnen ist (BASYS 1999). Pfaff et al. (1994) attestieren eine deutlich höhere Belastung älterer Personen.

3.2 Abzugsfranchise

Reaktionen infolge einer Abzugsfranchise werden anhand des ambulanten Leistungsreichs dargestellt, einerseits als alleinige Regelung und andererseits kombiniert mit einer Beitragsrückgewähr.

Abzugsfranchise bezogen auf ambulante Leistungen

Zweifel ermittelte in seiner Studie folgende dämpfende Effekte: Die Gesamtersparnisse ambulanter Behandlungen infolge einer Abzugsfranchise liegen für die zwei angebotenen Alternativen (Abzugsfranchise von € 127,82 / DEM 250,- bzw. € 230,08 / DEM 450,-) zwischen null und neun Prozent. Bei der 20-prozentigen proportionalen Selbstbeteiligung wurde ein Wert zwischen vier und zwölf Prozent berechnet. Für eine Abzugsfranchise kombiniert mit einer Beitragsrückgewähr ergibt sich ein sieben- bis neunprozentiger Einsparungseffekt. Adverse Nebeneffekte auf den Gesundheitszustand aufgrund der nicht bzw. zu späten Inanspruchnahme der Behandlungsleistungen sind für den ambulanten Bereich nicht feststellbar (Zweifel 1992).

Der Effekt einer Abzugsfranchise wird durch einen Versicherungsplan mit Beitragsrückgewähr noch verstärkt. Die Beitragsrückgewähr reduziert das Bestreben der Versicherten die Ausgabensummen für ambulante Behandlungen über den Franchisebetrag auszuweiten, wenn er in die Gunst einer Beitragsrückzahlung kommt. Mit proportionalen Selbstbeteiligungen können jedoch höhere Einsparungspotentiale erzielt werden.

Tabelle 3.3: Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich Abzugsfranchise

Autor/Herausgeber	Selbstbeteiligungsform	Nachfragereaktion (Finanzierungs- und Steuerungseffekt)	Nachfragereaktion (Einkommen oder Alter)
Zweifel 1992	Abzugsfranchisebetrag von € bzw. DEM 0,- bis € 766,94 / DEM 1.500,-	• klarer Einfluss der Selbstbeteiligungs-Regelungen auf die Gesundheitsausgaben (siehe Anhang A, Tabelle A.8) • Versicherte sind nicht bestrebt, ihre Ausgabensumme unter dem Franchisebetrag zu halten • ein Abzugsfranchise von € 127,82 / DEM 250,- reduziert die Wahrscheinlichkeit einer finanziellen Ausgabe um 8,7 bis 5,6% verglichen mit der Benchmark-Gruppe (die 25- bis 34-Jährigen) • ein Abzugsfranchise von € 127,82 / DEM 250,- wirkt bei niedrigen Ausgabenniveaus (bis € 127,31/ DEM 249,-) analog einer 20%igen Selbstbeteiligung, ist jedoch bei höheren Ausgabenniveaus weniger wirksam	• mit steigendem Alter wachsen die Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen • signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme werden ab der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen identifiziert (siehe Anhang A, Tabelle A.9)
Zweifel 1992	Abzugsfranchise (€ 153,39 / DEM 300,-) kombiniert mit Beitragsrückgewähr	• der Effekt einer Abzugsfranchise wird durch einen Versicherungsplan mit Beitragsrückgewähr noch verstärkt • verglichen mit der Benchmark-Gruppe reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, die Ausgangsschwelle von € 153,39 / DEM 300,- zu übersteigen, um 8,5%	• signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme werden ab der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen identifiziert (siehe Anhang A, Tabelle A.10) • die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme der 19- bis 24-Jährigen übersteigt bei einem Ausgabenvolumen von über € 153,39 / DEM 300,- die Benchmark-Gruppe um 6,2%

Quelle: Zweifel 1992

3.3 Feste Gebühr

Die feste Gebühr wird in zwei der analysierten Studien betrachtet. Feste Gebühren werden in den Gesundheitsbereichen - stationärer Sektor und Arzneimittel - analysiert. Im stationären Bereich wurden von Pfaff et al. (1994) die finanziellen Auswirkungen einer Erhöhung der Tagesgebühr von € 5,11 / DEM 10,- für maximal 14 Tage (Regelung 1991) auf € 5,62 / DEM 11,- pro Tag unbegrenzt (Seehofer-Vorschlag) sowie für maximal 14 Tage (Gesundheits-Strukturgesetz 1993) berechnet.

In Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien und Österreich sind feste Gebühren auf Arzneimittel anzutreffen (ÖBIG 2001i). Pfaff et al. und Reichelt (1994) untersuchen die Auswirkungen fester Gebühren am Arzneimittelmarkt. Beide Analysen beziehen sich auf Deutschland.

Feste Gebühr bezogen auf stationäre Leistungen

Feste Gebühren in Form von Tagessätzen sind im stationären Bereich die weitverbreitetste Selbstbeteiligungsform. Die fiskalische Wirkung hängt jedoch sehr stark davon ab, ob eine zeitliche Beschränkung der Regelung vorgesehen ist. Bei der stationären Leistungsnachfrage handelt es sich in der Regel um eine wenig elastische Nachfrage. Die Inanspruchnahmen steigen mit zunehmenden Alter an. Daraus muss gefolgert werden, dass ältere Personen stärker von der Regelung belastet werden als junge.

Feste Gebühr bezogen auf Arzneimittel

Verglichen mit proportionalen Selbstbeteiligungen werden von festen Gebühren geringere steuernde Effekte erwartet. Kurzfristig wirken sowohl bei festen Gebühren als auch bei proportionalen Selbstbeteiligungen dynamische Effekte, wie z. B. Vorzieheffekte, die in der darauffolgenden Periode durch Nachholbewegungen relativiert werden. Langfristig entsteht kein bleibender Nettoeffekt.

Verglichen mit proportionalen Selbstbeteiligungen induzieren feste Gebühren kein erhöhtes Kostenbewusstsein der Patienten. Feste Gebühren verändern die Preisrelation und setzen keinerlei Anreiz, kostengünstige Präparate zu präferieren. Weiters provozieren Gebühren eine Packungsgrößenexpansion. Die angeführten Nachteile sind in Falle einer proportionalen Selbstbeteiligung nicht existent.

Tabelle 3.4: Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich fester Gebühr

Autor/ Herausgeber	Gesund- heitsbereich	Nachfragerreaktion (Finanzierungs- und Steuerungseffekt)	Nachfragerreaktion (Einkommen oder Alter)	Substitution
Pfaff et al. 1994	Stationäre Leistungen	- geringer Einfluss des GSG 1993 (siehe Anhang A, Tabelle A.11) - Krankenhauskosten der gesetzlichen Krankenversicherung sinken von € 25.031 Mio. / DEM 48.958 Mio. auf € 25.001 Mio. / DEM 48.899 Mio. - Selbstbeteiligung steigt von € 305 Mio. / DEM 596 Mio. auf € 335 Mio. / DEM 656 Mio. - Kostenanteil der Selbstbeteiligung steigt von 1,2 auf 1,3% - merklicher Einfluss des Seehofer-Vorschlags (siehe Anhang A, Tabelle A.11) - Krankenhauskosten der gesetzlichen Krankenversicherung sinken von € 25.031 Mio. / DEM 48.958 Mio. auf € 24.609 Mio. / DEM 48.131 Mio. - Selbstbeteiligung steigt von € 305 Mio. / DEM 596 Mio. auf € 728 Mio. / DEM 1.423 Mio. - Kostenanteil der Selbstbeteiligung steigt von 1,2 auf 2,87%	- Anstieg der Belastung mit dem Alter. ab dem 65. Lebensjahr ist eine deutliche Zunahme der durchschnittlichen Selbstbeteiligungskosten beobachtbar (beim Seehofer-Vorschlag bereits ab dem 55. Lebensjahr) - bis zum 35. Lebensjahr sind die Krankenhauskosten weiblicher Versicherter höher, danach verhält es sich umgekehrt	keine Ergebnisse
Pfaff et al. 1994	Arzneimittel	- Klarer Einfluss des GSG 1993, die Selbstbeteiligung der Versicherten stieg von € 572 Mio. / DEM 1.119 Mio. (bei € 1,53 / DEM 3,- / pro Arzneimittel) auf € 1.193 Mio. / DEM 2.332 Mio. (preisgestaffelte Selbstbeteiligung; siehe Anhang A Tabelle A.12) - die Regelung belastet jährlich jeden Versicherten mit € 30,68 / DEM 60,- anstelle von € 14,83/ DEM 29 unter der Regelung 1991 - Kostenanteil der Selbstbeteiligung steigt von 4,38 auf 9,12%	- In allen Altersklassen ab dem 35. Lebensjahr sind die Arzneimittelkosten männlicher Mitglieder deutlich höher, insbesondere bei der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen - weibliche Mitglieder verursachen zwischen 18 und 24 Jahren höhere Arzneimittelkosten als Männer	keine Ergebnisse
Reichelt 1994	Arzneimittel	- keine dämpfende Wirkung auf Arzneimittelausgaben (siehe Anhang A, Tabelle A.13) - Vorzieheffekte im Jahr vor Inkrafttreten der veränderten Regelung - Rückgang der Inanspruchnahme in der ersten Periode nach Inkrafttreten der Regelung - langfristig kein bleibender Nettoeffekt	- moderate Arzneimittelgebühren belasten ausschließlich „Vielverbraucher“ - die Erhöhung der festen Gebühr wurde zur Hälfte von den älteren Versicherten getragen - die durchschnittliche Belastung der unter 60-Jährigen stieg durch die Gebührenerhöhung (von € 0,51 / DEM 1,- auf € 1,53 / DEM 3,-, von € 3,25 / DEM 6,36 auf € 9,76 / DEM 19,08 an, bei den über 60-Jährigen von € 11,08 / DEM 23,07 auf € 35,39 / DEM 69,21	- keine Substitution teurer Präparate durch preisgünstigere Präparate - Patienten präferieren möglichst große Arzneimittelpackungen, um Wiederholungsverreibungen zu vermeiden. - feste Gebühren führen zum Anwachsen der durchschnittlichen Packungsgröße

GSG = Gesundheits-Strukturgesetz

Quellen: Pfaff et al. 1994, Reichelt 1994

3.4 Indemnitätsregelung

Indemnitätsregelungen wurden in Europa erstmals im Jahr 1989 in der Bundesrepublik Deutschland für Arzneimittel eingeführt (vgl. Kapitel 5). Im Jahr 1991 folgten die Niederlande, 1993 Schweden und Dänemark (ÖBIG 2001i).

Tabelle 3.5: Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich Indemnitätsregelung

Autor/ Herausgeber	Gesundheits- bereich	Nachfragereaktion (Finanzierungs- und Steuer- ungseffekt)	Substitution
BASYS 1999	Arzneimittel	- die Ausgaben für Arzneimittel pro Kopf entwickeln sich eher rückläufig (siehe Anhang A, Tabelle A.14) - die Ausgaben für verordnete Arzneimittel pro Kopf entwickeln sich eher rückläufig - ob es bei den Ausgaben für medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel zu Ausgabenveränderungen kommt, kann nicht eindeutig geklärt werden	die Pro-Kopf-Ausgaben für Selbstmedikation verzeichnen einen eher rückläufigen Trend
Reichelt 1994	Arzneimittel	- klarer kostendämpfender Einfluss der Regelung, bereits in der ersten Tranche der Umsetzung - das prognostizierte Einsparvolumen von € 486 Mio./ DEM 950 Mio. wurde mit Einsparungen in Höhe von € 511 Mio./ DEM 1 Mrd. bereits geringfügig überschritten - in Tranche 2 und 3 konnten keine ähnlichen Einsparungspotentiale erreicht werden	keine Ergebnisse

Quellen: BASYS 1999, Reichelt 1994

Indemnitätsregelung bezogen auf Arzneimittel

Indemnitätsregelungen setzen an der Preiskomponente an. Erhöht die Selbstbeteiligung den Wettbewerb, kann dies zu einer Preissenkung führen. Originalanbieter von Arzneimitteln tendieren zu einer Preisabsenkung in Höhe des Indemnitätstarifs. Die Ausgaben für Arzneimittel entwickeln sich aufgrund von Indemnitätstarifen eher rückläufig.

Hill (1994) weist darauf hin, dass ein Indemnitätstarifmodell, ähnlich anderen Preissenkungsmechanismen, eine Mengenausweitung zur Folge haben kann. Dies führt zu einer teilweisen Kompensation der Einsparungen. Untermuert wird diese Aussage damit, dass in Deutschland nach Einführung der Indemnitätsregelung der Verbrauch von Voltaire-Nachahmer-Präparaten deutlich anstieg, ohne dass eine Verlagerung aus anderen Medikamentengruppen stattfand (BASYS 1999).

Im Gegensatz dazu gibt es mehrere Untersuchungen, die zu dem Ergebnis kamen, dass es keinem Land gelungen ist, durch Indemnitätstarife langfristig Einsparungen im Arzneimittelbereich zu erreichen. Da Indemnitätstarife nur auf den Preis zielen, sind die Wirkungen ausschließlich kurzfristig angelegt. Vielmehr können Indemnitätstarife zu einem Anstieg im Verbrauch von Arzneimitteln führen.

Die Einführung von Indemnitätstarifen kann bestimmte Verlagerungseffekte auf andere Präparate zur Folge haben. Eine in Kanada von der Canadian Association of Retired Persons durchgeführte Studie fand heraus, dass signifikante Produktwechsel innerhalb zweier Kategorien aufgrund einer Indemnitätsregelung stattfanden. Die Patienten wechselten zu einem älteren Medikament. Dieser Produktwechsel wurde ebenso durch eine Umfrage unter niedergelassenen Ärzten in Kanada bestätigt. Mehr als 90 Prozent der befragten Ärzte gaben an, dass sie im Zuge der Indemnitätsregelung die Medikation ihrer Patienten wechseln mussten. Laut Angabe der Ärzte kam es in zwei Dritteln aller Fälle aufgrund der Medikamentenumstellung zu Nebenwirkungen und einer Verschlechterung der Symptome (BASYS 1999).

3.5 Positiv- und Negativlisten

Positiv- sowie Negativlisten stellen Instrumente der Mengenregulierung dar. Diese werden jedoch in den meisten Ländern kombiniert mit einer pretialen Selbstbeteiligungsform eingesetzt.

Tabelle 3.6: Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich Positiv- und Negativlisten

Autor/ Herausgeber	Regulierung	Nachfragereaktion (Finanzierungs- und Steuerungseffekt)	Substitution
BASYS 1999	Positivliste	• Positivlisten wirken längerfristig auf die Arzneimittelausgaben eher steigend (siehe Anhang A, Tabelle A.15) • Positivlisten wirken auf die Pro-Kopf-Ausgaben für verordnete Arzneimittel eher steigend • Positivlisten wirken auf die Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel eher steigend	• die Pro-Kopf-Ausgaben für Selbstmedikation verzeichnen eine eher ausgabensteigernde Wirkung
BASYS 1999	Negativliste	• Negativlisten wirken längerfristig signifikant steigend auf die Arzneimittelausgaben (siehe Anhang A, Tabelle A.16) • Negativlisten wirken auf die Pro-Kopf-Ausgaben für verordnete Arzneimittel eindeutig steigend • ob es bei den Ausgaben für medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel zu Ausgabeveränderungen kommt, kann nicht eindeutig geklärt werden	• die Pro-Kopf-Ausgaben für Selbstmedikation verzeichnen eine eher ausgabensteigernde Wirkung

Quelle: BASYS 1999

Positiv- und Negativlisten bezogen auf Arzneimittel

Zusätzlich zu Mengenregulierungen bestehen in den betrachteten Ländern unterschiedliche Formen von Selbstbeteiligungen, das heißt, der Analyse liegt heterogenes Datenmaterial zugrunde. Aufgrund dessen kann es zu einer Überschätzung der Auswirkungen von Positiv- bzw. Negativlisten kommen. Um dieser Tatsache entgegenzuwirken, inkludierte die BASYS in ihre Berechnungen „Länder-Dummies“. Dieses Vorgehen führte zu abgeschwächten Schätzergebnissen.

Untersuchungsergebnisse verschiedener Studien kommen zu dem Schluss, dass von Positiv- und Negativlisten Einflüsse auf die Qualität der Arzneimittelversorgung ausgehen. Dabei handelt es sich jedoch vorrangig um Einzelbeobachtungen und nicht um systematische Analysen des Markts. Befindet sich die Positivliste nicht auf dem neuesten

Stand hinsichtlich Entwicklung des Arzneimittelangebots oder Änderungen des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes, wird der therapeutische Wandel zeitverzögert widergespiegelt. Nachteile für den Patienten können auch dadurch entstehen, dass bestimmte Arzneimittel, deren Wirksamkeit unumstritten ist, aus Kostengründen nicht oder erst verspätet Aufnahme in eine Positivliste finden (iwi 1991).

3.6 Bonus-Malus-Prämiensystem

Verhaltensreaktionen aufgrund eines privaten Versicherungsvertrages mit einem Bonus-Prämiensystem werden bei Zweifel (1992) für den ambulanten Bereich dargestellt. Dieser Versicherer garantiert im ersten Jahr eine Rückerstattung im Ausmaß von zwei Versicherungsmonaten bei keiner Inanspruchnahme der Versicherung. Im zweiten Jahr konnte eine Rückerstattung von drei Monatsraten und im dritten Jahr eine Refundierung von vier Monatsraten bei Nicht-Inanspruchnahme der Versicherung erreicht werden.

Tabelle 3.7: Meta-Analyse - Studienergebnisse bezüglich Bonus-Prämiensystem

Herausgeber	Nachfragereaktion (Finanzierungs- und Steuerungseffekt)	Nachfragereaktion (Einkommen oder Alter)
Zweifel 1992	• Bonus-Prämiensysteme reduzieren die Nachfrage nach medizinischen Leistungen im größeren Ausmaß als eine Beitragsrückgewähr. • Bonus-Prämiensysteme erzielen den höchsten dämpfenden Effekt auf die Nachfrage, gefolgt von der Beitragsrückgewähr.	• Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen steigt mit dem Alter. • Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen weisen jedoch insgesamt, verglichen mit anderen Selbstbeteiligungsformen, geringere Werte auf (siehe Anhang A, Tabelle A.17).

Quelle: Zweifel 1992

Bonus-Malus-Prämiensystem - Ambulante Leistungen

Bonus-Prämiensysteme haben für den Versicherten einen höheren finanziellen Anreiz, die Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu reduzieren, als eine Beitragsrückgewähr. Bonus-Prämiensysteme erzielen gemäß der Studie von Zweifel (1992) den höchsten dämpfenden Effekt auf die Nachfrage. Zu beachten ist in diesem Kontext jedoch, dass Zweifel für seine Berechnungen Daten privater Versicherer heranzog. Für Privatversicherte ist es ungleich leichter, medizinische Leistungen auf Kosten der Privatversicherung nicht länger in Anspruch zu nehmen und anstelle dessen diese durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu substituieren.

4 Resümee

Ziel der voranstehenden Kapitel war es, Wirkungen und Grenzen von Selbstbeteiligungen in der gesetzlichen Krankenversicherung anhand von theoretischen Überlegungen und empirischen Studien zu analysieren. Selbstbeteiligungen scheinen aus ökonomischer Perspektive ein geeignetes Instrument zu sein, um insbesondere drei Typen von Marktversagen im Gesundheitsmarkt abzuschwächen:

- Die Nachfrage vollversicherter Patienten beinhaltet Konsum bis zum Sättigungspunkt, da die Kosten voll auf die Versicherung abgewälzt und medizinische Leistungen scheinbar zum Nulltarif bereitgestellt werden.
- Durch die Vollversicherung sinkt darüber hinaus der Anreiz, präventive Maßnahmen zu setzen, wodurch die Wahrscheinlichkeit des Schadensfalls zunimmt (Verhalten, welches das System voll ausnützt - Moral-Hazard).
- Bei vollversicherten Patienten ist es für den Arzt am leichtesten, medizinisch nicht unbedingt erforderliche Behandlungen, die sein Einkommen steigern, durchzusetzen. Bei Selbstbeteiligungen, die an diesen Leistungen anknüpfen, wird dies in Grenzen auf Widerstand stoßen. Es kann allerdings nicht immer von dem passiven und vollständig desinformierten Patienten ausgegangen werden, der alle Ratschläge des Arztes blind befolgt.

Preiselastizität

Für die Steuerungs- und Finanzierungswirkung von Selbstbeteiligungsregelungen nimmt die Nachfrageelastizität eine Schlüsselrolle ein. Aufgrund der in der Meta-Analyse dargestellten Verhaltensänderungen erweist sich die Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern zwar durchwegs als unelastisch (Wert kleiner als 1), aber keinesfalls als starr. Diese „latente“ Preiselastizität (die auf einem Markt mit vollversicherten Personen nicht in Erscheinung tritt) wird immer dann manifest, wenn die Versicherten durch die Zahlung einer Selbstbeteiligung direkt tangiert werden. Sie ist umso größer, je mehr Substitutionsalternativen existieren, die eine Vermeidung bzw. Reduktion der Zahlung erlauben. Diese latente Preiselastizität kann ganz offensichtlich für eine sinnvolle Nachfragesteuerung genutzt werden. Es sollte aber auch im Auge behalten werden, dass die empirisch gemessenen Nachfrageelastizitäten zumeist kurzfristiger Natur sind. Wie aus der mikroökonomischen Literatur bekannt, ist die Nachfrageelastizität langfristig starrer als in der kurzen Frist, wo ein Ausweichen oder Unterlassen einfacher möglich ist. Die vorliegenden Studien belegen, dass dies auch im Gesundheitssektor zutrifft.

Die empirisch gemessenen Nachfrageelastizitäten sind wertvoll, wenn sie für den Einsatz von Selbstbeteiligungen in der Gesundheitspolitik sinnvoll verwendet werden. Man sollte sich jedoch aus einer theoretischen Perspektive klarmachen, dass dadurch ein Effizienzoptimum im Gesundheitswesen sicher nicht erreicht werden kann. Die Schätzung der Nachfrageelastizitäten knüpft nicht an den tatsächlichen Preisen der medizinischen Leistungen an, sondern bei der Höhe der Selbstbeteiligungen, welche die Konsumenten zu tragen haben. Diese bewegen sich - bei realistischen Bandbreiten - in der

Regel zwischen 10 bis 20 Prozent der Kosten. Das Nachfrageverhalten der Patienten unterscheidet sich infolge einer Kostenbeteiligung natürlich vehement von jenen mit voller Kostendeckung. Aufgrund dessen können die Nachfrageelastizitäten bei voller Kostenbelastung nicht in ihrer tatsächlichen Höhe empirisch geschätzt werden, diese wären mit Sicherheit beträchtlich höher.

Höhe der Selbstbeteiligung

Um eine Steuerungsfunktion übernehmen zu können, müssen Selbstbeteiligungen spürbar sein. Das bedeutet, dass ein Konflikt zwischen den Zielen des gleichen Zugangs für alle sozialen Gruppen und der ökonomischen Effizienz zu Tage tritt. Durch die Einführung von Härtefallregelungen werden die Effekte abgeschwächt, das heißt, die Finanzierungs- und Steuerungsfunktion der Selbstbeteiligung wird eingeschränkt. Anhand der analysierten Studien konnte gezeigt werden, dass Selbstbeteiligungen in Höhen, die als sozial verträglich aufgefasst werden, langfristig keine substantiell steuernden Wirkung aufweisen. Auch die Finanzierungsfunktion von Selbstbeteiligungen hält sich in relativ engen Grenzen.

Information

Eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung von Selbstbeteiligungen ist, dass die Bevölkerung über die Selbstbeteiligungsregelungen gut informiert ist. Diese Bedingung muss sowohl für die Nachfrager- als auch für die Anbieterseite gelten. Nachfrager von Gesundheitsleistungen sind nur in der Lage, rational im Sinne der Regelung zu agieren, wenn sie diese kennen. Anbieter werden in Kenntnis der Regelung ihre Behandlungs- sowie Verschreibegewohnheiten anpassen. Die ASB-Regelung in den Niederlanden zeigte, dass infolge mangelnder Informationen keine nachhaltige Verhaltensänderung herbeigeführt werden konnte.

Einflussfaktoren

Ganz allgemein hängt die Wirkung der Selbstbeteiligung von einer Vielzahl von Faktoren ab:

- vom Einsatzbereich,
- von der Art des Gutes,
- von der Höhe und Ausgestaltung der Selbstbeteiligung,
- von den Substitutionsmöglichkeiten,
- von der Nachfrage- und der Einkommenselastizität,
- vom Informationsstand der Betroffenen über die Regelung und
- vom Gesundheitszustand.

Formen der Selbstbeteiligung

Aus den analysierten Studien geht hervor, dass Selbstbeteiligungsformen sich nach den folgenden wichtigsten Eigenschaften charakterisieren lassen:

Indemnitätstarife setzen an der Preiskomponente an. Erhöht die Selbstbeteiligung den Wettbewerb, kann dies zu einer Preissenkung führen. Originalanbieter (z. B. von Arzneimitteln) tendieren zu einer Preisabsenkung in Höhe des Tarifs. Allerdings besteht die Möglichkeit von Preissteigerungen im indemnitätstariffreien Markt sowie einer Mengenausweitung.

Eine *feste Gebühr* hat keinen preissteuernden Charakter, für den Patienten besteht kein Anreiz, zu preisgünstigeren Präparaten zu wechseln.

Verglichen mit festen Gebühren werden von *proportionalen Selbstbeteiligungen* günstigere steuernde Effekte erwartet. Proportionale Selbstbeteiligungen sollen den Patienten zur Auswahl preisgünstigerer Alternativen veranlassen. Sie haben nur dort Sinn, wo preisgünstigere Substitute zur Verfügung stehen.

Bonus-Malus-Prämiensysteme erzielten in den Studien den höchsten dämpfenden Effekt. Die Kostenüberwälzung in den privaten Bereich ist, verglichen mit anderen Formen, am umfangreichsten. Anreize zu Einsparungen bestehen allerdings nur, solange nicht eine kritische Schwelle überstiegen wird. Bonus-Malus-Prämiensysteme bergen die Gefahr, dass notwendige Leistungen nicht nachgefragt werden und eine Kostenverlagerung in die Zukunft stattfindet. Einschränkend ist noch anzumerken, dass Studien über Bonus-Malus-Systeme zumeist private Versicherungen betrafen, wo das Ausweichen in Richtung öffentlicher Leistungen gut möglich ist. Ein solches System im öffentlichen Bereich hätte andere Wirkungen, da keine entsprechenden Substitutionsgüter zur Verfügung ständen, denn die Substitution zu privaten Arztleistungen käme sehr teuer (da hier nicht die Tarifverträge gelten). Hier führte ein Bonus-Malus-Prämiensystem weniger zu einer Substitution denn zu einer teilweisen Unterlassung medizinischer Leistungen. Dies mag nachteilige Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, ohne die Kosten des Systems signifikant zu reduzieren.

Neben den bezweckten Effekten führt eine Implementierung von Selbstbeteiligungen zu ungewollten Nebenerscheinungen, die erst infolge einer längerfristigen Betrachtung identifiziert werden. Beispielsweise provozieren feste Gebühren im Arzneimittelbereich eine Packungsgrößenexpansion, welcher wieder separat gegengesteuert werden muss. Die Einführung von Indemnitätstarifen kann zu unerwünschten Verlagerungseffekten in Richtung substituierbarer Präparate führen.

Schlussfolgerung

Die Zahl der empirischen Studien über Selbstbeteiligungen ist erstaunlich gering. Dies ist vor allem dort bedauerlich, wo Detailfragen offen bleiben (z. B. über die Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen in ausgewählten Bereichen). Nichtsdestoweniger können Selbstbeteiligungen in bestimmtem Rahmen sinnvolle, wenn auch eingeschränkte, Steuerungsfunktionen übernehmen. Sie ermöglichen den Ausschluss von Bagatellfällen und reduzieren die Nachfrage nach Luxusgesundheitsgütern. Der Einsatz von Selbstbeteiligungen wäre insbesondere in jenen medizinischen Bereichen wünschenswert, wo die Konflikte zwischen sozialen Zielen und ökonomischen Anreizeffekten relativ schwach ausgeprägt sind, vor allem in medizinischen Feldern, in denen die „angebotsinduzierte

Nachfrage“ besonders stark ist oder wo die Gesundheitsleistungen ein hohes Ausmaß an „Luxuscharakter“ haben. Selbstbeteiligungen können aber nicht die ausschließliche Maßnahme bei Reformen des Gesundheitswesens sein. Ein Grund ist der Zielkonflikt zwischen sozialer Gerechtigkeit und Effizienz, der verhindert, dass Selbstbeteiligungen eine wesentliche Steuerungs- oder auch Finanzierungsfunktion übernehmen könnten.

II. Selbstbeteiligungsregelungen (ÖBIG)

5 Deutschland

In dem vorliegenden und in den folgenden Kapiteln 6 bis 12 werden die aktuellen Selbstbeteiligungs- und Befreiungsregelungen für acht - in Abstimmung mit dem Auftraggeber ausgewählten - Ländern untersucht. Mit der Wahl der Länder Deutschland, Finnland, Großbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, Schweden und die USA wird eine ausgewogene Mischung von unterschiedlichen Gesundheitssystemen (Nationaler Gesundheitsdienst, Sozialversicherungsmodell, wettbewerblich organisiertes Gesundheitswesen) gewährleistet.

Der Aufbau der Länderportraits folgt einer einheitlichen Struktur: Einleitend wird das Gesundheitssystem des Landes mit besonderem Augenmerk auf die vier Bereiche ambulante ärztliche Leistungen, zahnärztliche Leistungen, Spitalsambulanzen und Arzneimittel skizziert, danach werden die im Jahr 2002 gültigen Selbstbeteiligungsregelungen für die vier ausgewählten Leistungsbereiche beschrieben und schließlich werden die entsprechenden Ausnahmebestimmungen dargestellt.

Der Abschnitt „Selbstbeteiligungsregelungen“ schließt mit Kapitel 13, das die länderspezifischen Bestimmungen zu den Selbstbeteiligungen gegenüberstellt und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin analysiert.

5.1 Gesundheitssystem

5.1.1 Organisation

Das deutsche Gesundheitswesen ist auf Basis eines Sozialversicherungsmodells organisiert. Deutschland hatte im Jahr 1883 als erstes europäisches Land eine umfassende gesetzliche soziale Krankenversicherung eingeführt.

Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die unabhängigen Krankenkassen, die in regionalen und bundesweiten Verbänden organisiert und der staatlichen Aufsicht (der Länder bzw. des Bundesversicherungsamtes bei bundesweit tätigen Kassen) unterstellt sind. Das Element der Selbstverwaltung spielt bei den gesetzlichen Krankenkassen eine wichtige Rolle. Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen hat in den 90er-Jahren - unter anderem durch die Zusammenlegung der Allgemeinen Ortskrankenkassen - stark abgenommen, im Jahr 2002 (Stand: April) gibt es 390 gesetzliche und 51 private Krankenversicherungen.

In Deutschland gilt die Versicherungspflicht für alle Arbeitnehmer, deren jährliches Einkommen die sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze (€ 40.500,- im Jahr 2002) nicht übersteigt. Personen mit höherem Einkommen können auf freiwilliger Basis eine gesetzliche oder private Krankenversicherung abschließen. Die Versicherungsnehmer können ihre gesetzliche Krankenkasse frei wählen und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist auch wechseln (Wahl-

freiheit). 88 Prozent der Bevölkerung sind in einer gesetzlichen Krankenversicherung erfasst.

Das Gesundheitswesen in Deutschland trägt der föderalistischen Struktur Rechnung. Die Kompetenzen sind zwischen dem Bund und den 16 Bundesländern aufgeteilt.

5.1.2 Ambulanter Leistungsbereich

Die ambulante ärztliche Versorgung - sowohl der allgemeinmedizinische als auch der fachärztliche Bereich - liegt in den Händen der niedergelassenen Ärzte, die großteils (75 Prozent) in Einzelordinationen und in geringerem Maße in Gemeinschaftspraxen tätig sind.

Es besteht freie Arztwahl. Die GKV-Versicherten wählen ihren Hausarzt (einen Allgemeinmediziner bzw. Internisten oder Kinderarzt ohne Spezialisierung), den sie nach dem Abrechnungsquartal wechseln können. Da in Deutschland kein Gatekeeping-System zur Anwendung kommt, suchen die Patienten oft direkt die niedergelassenen Fachärzte auf. Seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 sollen die Hausärzte verstärkt die Leistungen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Spezialisten koordinieren; damit soll auch die Rolle der Hausärzte, deren Anteil im Verhältnis zu den Fachärzten gesunken ist, aufgewertet werden.

Die Gesamtzahl der Ärzte ist in den vergangenen 25 Jahren kontinuierlich gestiegen, die im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 beschlossene Maßnahme, dass ab 1999 Ärzte ihren Beruf nur mehr bis zum 68. Lebensjahr ausüben dürfen, stellt eine Reaktion darauf dar. Die Gesamtärztedichte (ambulanter und stationärer Bereich) ist mit 3,6 Ärzten pro 1.000 Einwohner (2000) hoch (OECD Gesundheitsdaten 2002).

5.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich

Zahnärztliche Leistungen werden schwerpunktmäßig von niedergelassenen Ärzten angeboten.

Daneben arbeiten einige wenige Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, der seit 1989 zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder bis zu zwölf Jahren (z. B. in Kindergärten und Grundschulen), etwa in Form von Reihenuntersuchungen, als GKV-Leistung durchführt.

5.1.4 Spitalsambulanzen

Wie unter Punkt 5.1.2 festgestellt, wird die ambulante fachärztliche Versorgung schwerpunktmäßig von niedergelassenen Ärzten erbracht, während sich Krankenanstalten auf die stationären Leistungen konzentrieren. Eine Ausnahme bilden die Universitätsspitäler, deren - speziell zur ambulanten Betreuung eingerichtete - Polikliniken fünf Prozent der ambulanten Versorgung abdecken. Spitalsambulanzen spielen also in Deutschland eine eher untergeordnete Rolle in der Gesundheitsversorgung, allerdings hat sich in den letzten Jahren die Tendenz herausgebildet, dass Ärzte, wenn ihr „Arzneimittelbudget“ zu knapp wurde, die Patienten ins Krankenhaus überwiesen.

5.1.5 Arzneimittel

Seit Inkrafttreten des Zweiten Arzneimittelgesetzes (AMG) 1978 müssen alle Arzneimittel, bevor sie in den Handel gebracht werden dürfen, ein Zulassungsverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bzw. beim Paul-Ehrlich-Institut durchlaufen - mit Ausnahme der bei der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) im zentralen Verfahren zugelassenen Arzneimittel. Anfang 2000 waren rund 23.400 Arzneimittel nach dem AMG zugelassen, tatsächlich waren aber weit mehr (58.400 Arzneimittel, Stand: Oktober 2000) im Handel - nämlich auch die sogenannten „Alt-Arzneimittel“, die nach dem AMG nicht ausgewiesen werden.

Hinsichtlich der Preisbildung für Arzneimittel wird zwischen dem sogenannten „Festbetragsmarkt“ und dem „Nicht-Festbetragsmarkt“ unterschieden. Das Instrument der Festbeträge, das einem Referenzpreissystem entspricht, wurde bereits 1989 in Deutschland eingeführt. Dabei werden gleichwertige Arzneimittel zu Gruppen zusammengefasst. Diese Entscheidung wird vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, einem Selbstverwaltungsgremium, getroffen. In einem zweiten Schritt bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen den sogenannten Festbetrag, die maximale Erstattungshöhe. Der Festbetrag wird jährlich angepasst. Die Differenz zwischen Festbetrag und Verkaufspreis eines Arzneimittels müssen die Versicherten selbst tragen (vgl. Punkt 5.2.5). Das Festbetragssegment machte im Jahr 2001 65 Prozent der Verordnungen und 47 Prozent der Umsatzen im GKV-Markt aus.

Die Festbetragsregelung soll dazu beitragen, die Arzneimittelausgaben der GKV in den Griff zu bekommen. Ergänzend sollen die zwei Negativlisten, welche Arzneimittel von der Erstattung ausschließen, sowie eine geplante Positivliste, die voraussichtlich ab 2003 in Kraft treten soll, wirken. Heftige Wogen schlägt die seit Februar 2002 zur Anwendung kommende „Aut idem“-Regelung, nach der die Apotheker ein wirkstoffgleiches Arzneimittel aus dem „unteren Preisdrittel“ abgeben müssen, wenn der Arzt nicht ausdrücklich ein bestimmtes Präparat verordnet hat.

5.2 Selbstbeteiligung

5.2.1 Überblick

Im internationalen Vergleich zählt das deutsche Gesundheitswesen zu den ausgabenintensivsten. EU-weit weist Deutschland mit 10,6 Prozent der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (2000) die höchste Gesundheitsausgabenquote auf.

Etwa drei Viertel der Ausgaben für Gesundheit werden von der öffentlichen Hand (größtenteils Sozialversicherungsbeiträge) getragen, bei den privaten Ausgaben machen die Zuzahlungen rund zehn Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben aus. Selbstbeteiligungen haben vor allem bei Arzneimitteln eine lange Tradition im deutschen Gesundheitswesen, die Regelungen wurden im Laufe der Jahre immer wieder geändert.

Im Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurden Selbstbeteiligungen explizit befürwortet: einerseits um Einnahmen zu erhöhen, andererseits um ein „verantwortliches Verhalten“ der Patienten zu honorieren, etwa mittels des „Bonus“ der reduzierten Zuzahlungen für präventives Verhalten im zahnärztlichen Bereich (vgl. Punkt 5.2.3).

5.2.2 Ambulante Leistungen

Für GKV-Versicherte stehen die ambulanten Leistungen zuzahlungsfrei zur Verfügung.

5.2.3 Zahnärztliche Leistungen

Der Zahnarztbesuch ist grundsätzlich mit keiner Selbstbeteiligung verbunden: GKV-Versicherte können Leistungen der Zahnprophylaxe und „medizinisch notwendige“ konservierende Leistungen zuzahlungsfrei in Anspruch nehmen.

Bei Zahnersatz fallen im Rahmen der GKV Selbstbeteiligungen von grundsätzlich 50 Prozent an. Mittels eines Bonussystems, das der Mitwirkung des Patienten Rechnung trägt, kann die Selbstbeteiligung reduziert werden: Wer regelmäßig - mindestens einmal pro Jahr - beim Zahnarzt war, zahlt eine geringere Selbstbeteiligung in der Höhe von 40 Prozent nach fünf Jahren und von 35 Prozent nach zehn Jahren.

In den Jahren 1997 und 1998 war für jüngere Versicherte (ab Geburtsjahrgang 1979) der Anspruch auf Zahnersatz aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen geworden. Nach dem Regierungswechsel wurde 1999 von der Rot-Grünen-Koalition die vorher gültige Bestimmung erneut eingeführt. Nunmehr haben auch die jüngeren Versicherten wieder Anspruch auf Leistungen zum Zahnersatz, und die Jahre 1997 und 1998 werden als Nachweis für den Bonusanspruch angerechnet. 1998 galt darüber hinaus für Personen, die vor 1979 geboren worden waren, eine andere Zuzahlungsregelung, bei der das Kostenerstattungsprinzip angewandt wurde: Die Versicherten bekamen nachträglich eine von der Krankenkasse festgelegte Summe, den sogenannten Festzuschuss, erstattet.

5.2.4 Spitalsambulanzen

Für die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in Krankenanstalten fallen im Rahmen der GKV keine Selbstbeteiligungen an. In diesem Zusammenhang ist aber darauf hinzuweisen, dass den Spitalsambulanzen eine eher unbedeutende Rolle im deutschen Gesundheitssystem zukommt, da die ambulante fachärztliche Versorgung schwerpunktmäßig von niedergelassenen Ärzten erbracht wird (vgl. die Punkte 5.1.2 und 5.1.4).

5.2.5 Arzneimittel

Im „Festbetragsmarkt“, welcher zwei Drittel der Verordnungen und die Hälfte des GKV-Umsatzes abdeckt (vgl. Punkt 5.1.5), müssen die Versicherten etwaige Differenzen zwischen dem Festbetrag (fixierter Erstattungsbetrag) und dem Verkaufspreis des Arzneimittels zahlen.

Für die übrigen, nicht-festbetragsgeregelten Arzneimittel sind je nach Packungsgröße unterschiedliche Selbstbeteiligungen zu leisten, deren Höhe für das Jahr 2002 wie folgt festgelegt wurde:

- € 4,- für eine kleine Packung,
- € 4,50 für eine mittlere Packung und
- € 5,- für eine große Packung.

5.3 Ausnahmebestimmungen

Befreiungen von der Selbstbeteiligung bestehen in Deutschland aufgrund des Alters (Personen unter 18 Jahre, so etwa bei den Arzneimitteln) sowie auf Basis der Härtefallregelungen der §§ 61 und 62 SGB V, welche soziale Gründe berücksichtigen. Einen Überblick über die Befreiungsregelungen bietet Tabelle 5.1.

Tabelle 5.1: Deutschland - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002

Befreiungsgrund	Ambulante ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen ¹	Spitalsambulanzen	Arzneimittel
Alter	keine SB	-	keine SB	Personen unter 18 Jahre
Soziale Gründe	keine SB	Sozialklausel ² gleitende Überforderungsklausel ³	keine SB	Sozialklausel ² Überforderungsklausel ⁴
Krankheiten / Behinderung	keine SB	-	keine SB	Sonderregelung für chronisch Kranke ⁵
Sonstige	keine SB	-	keine SB	-

SB = Selbstbeteiligung

¹ Selbstbeteiligung nur bei Zahnersatz. Zahnprophylaxe und kieferorthopädische Leistungen sind zuzahlungsfrei.

² Vollständige Befreiung von der Zuzahlung für Versicherte, deren monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt einschließlich der Einnahmen von im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen bestimmte Beträge nicht überschreiten. Darüber hinaus Befreiung für bestimmte Versichertengruppen (Hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz, Kriegsopferfürsorgegesetz, Arbeitslosenhilfe, Ausbildungsförderung).

³ Teilweise Befreiung von der Zuzahlung. Befreiung von weiteren Selbstbeteiligungen, sobald die Zuzahlungen mehr als das Dreifache der Differenz zwischen monatlichen Bruttoeinnahmen und der Befreiungshöhe nach der Sozialklausel ausmachen.

⁴ Teilweise Befreiung von der Zuzahlung. Befreiung von weiteren Selbstbeteiligungen, sobald die Zuzahlungen mehr als zwei Prozent des jährlichen Familienbruttoeinkommens abzüglich etwaiger Kürzungsbeträge für Angehörige im gleichen Haushalt überschritten haben.

⁵ Teilweise Befreiung von der Zuzahlung für Patienten in Dauerbehandlung bei derselben Krankheit. Befreiung von weiteren Selbstbeteiligungen nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer der Behandlung, sobald die Zuzahlungen mehr als ein Prozent des jährlichen Familienbruttoeinkommens überschritten haben.

Quellen: AOK-Bundesverband 2002a und 2002b, Beske 2001, DGVP 2002, KZV 2001, VDAK 2002; ÖBIG-eigene Erhebungen

Die Sozialklausel nach § 61 SGB V sieht eine vollständige Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung für Versicherte vor, deren monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt einschließlich der Einnahmen von im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen bestimmte Beträge nicht überschreiten (von € 938,- für allein stehende Personen bis zu € 1.758,75 für vier Personen plus € 234,50 für jede weitere Person im Jahr 2002). Die Höchstgrenzen werden jährlich adaptiert, seit Anfang 2001 gelten nunmehr die gleichen Einkommensgrenzen für die alten und die neuen Bundesländer. Gemäß der Sozialklausel sind weiters Versicherte, die Hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge, Arbeitslosenhilfe oder Ausbildungsförderung erhalten oder in einem Heim zu Lasten der Sozialhilfe und der Kriegsopferfürsorge versorgt werden, unabhängig von ihren individuellen Einkommensverhältnissen von der Selbstbeteiligung befreit. Bei den untersuchten Leistungsbereichen kommt die Sozialklausel nach § 61 SGB V bei Zahnersatz und bei Arzneimitteln zur Anwendung.

Im Gegensatz zur Sozialklausel sieht die Überforderungsklausel nach § 62 SGB V eine teilweise Befreiung von der Selbstbeteiligung vor: Ein Versicherter, der die Voraussetzungen für eine vollständige Befreiung nicht erfüllt, soll vor einer „Überforderung“ in finanzieller Hinsicht bewahrt bleiben. Als Maßstab für die Zumutbarkeit der Belastung wird das Verhältnis der gesamten Summe der Selbstbeteiligungen zur Höhe des Familienbruttoeinkommens, von dem je nach der Anzahl der Personen im gemeinsamen Haushalt Kürzungsbeträge abgezogen werden, herangezogen: Überschreiten die gesamten Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Fahrkosten zwei Prozent des jährlichen Familienbruttoeinkommens abzüglich etwaiger Kürzungsbeträge (Kürzungsbetrag von € 4.221,- für den ersten Angehörigen und von € 2.345,- für jeden weiteren Angehörigen im Jahr 2002), so ist der Versicherte nach der Überforderungsklausel von weiteren Zuzahlungen befreit (sogenannte „2 % - Regelung“). Bei Zahnersatz kommt die gleitende Überforderungsregelung nach § 62 SGB V zur Anwendung: Die Krankenkasse übernimmt die Eigenbeteiligung an den Kosten, sobald dieser Anteil das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einkommensgrenze übersteigt.

Für chronisch Kranke gilt eine Härtefallregelung nach § 62 SGB V, die bei Arzneimitteln und weiteren hier nicht untersuchten Leistungsbereichen (Heilmittel, Fahrkosten) zur Anwendung kommt: Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung stehen und ein Jahr lang Zuzahlungen von mindestens ein Prozent der jährlichen, zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen (wiederum inklusive der Einkommen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen) geleistet haben, entfallen die Selbstbeteiligungen nach Ablauf von zwölf Monaten für die weitere Dauer der Behandlung (sogenannte „1 % - Regelung“). Für die übrigen Familienangehörigen liegt die Grenze der zumutbaren Belastung unverändert bei zwei Prozent.

Nach einer bereits älteren Studie der IGSG waren im Jahr 1997 von den knapp 72 Millionen GKV-Versicherten 13,8 Prozent vollständig und 0,5 Prozent teilweise von der Selbstbeteiligung befreit. Hinzu kommen noch 12,5 Millionen mitversicherte Kinder unter 18 Jahren (17,5 Prozent), welche Sonderregelungen unterliegen. Somit war fast jeder dritte Versicherte in der GKV ganz oder teilweise von den Zuzahlungen befreit (IGSG 2000, zit. in Beske 2001).

6 Finnland

6.1 Gesundheitssystem

6.1.1 Organisation

Das finnische Gesundheitssystem ist in Form eines staatlichen dezentralisierten Gesundheitsdienstes organisiert, der ein überwiegend aus Steuermitteln finanziertes Angebot an ambulanten, stationären und pflegerischen Leistungen gewährleistet.

Die zentrale Verantwortung für die Organisation obliegt den 448 Gemeinden, die für ihre Bewohner (zwischen 1.000 und 500.000) die Gesundheitsleistungen bereitzustellen haben. Seit einer Reform im Jahr 1993 wurde die Rolle der Gemeinden gestärkt: Nunmehr können sie selbst entscheiden, ob sie die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen zur Gesundheitsversorgung selbst produzieren oder bei anderen Leistungserbringern einkaufen. Dazu können die Gemeinden eigene Steuern einheben, größtenteils finanzieren sie das Angebot an Gesundheitsleistungen über Bundessteuermittel. Auf der Ebene der stationären Versorgung sind die Gemeinden in zwanzig Krankenhausbezirke (Jahr 2002) zusammengefasst.

Wichtige Akteure auf nationaler Ebene sind zum einen das Ministerium für Soziales und Gesundheit (Sosiaali- ja Terveysministeriö, SMT), das - unterstützt durch nachgeordnete Institutionen wie dem Nationalen Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES) - Zielvorgaben, Rahmenbedingungen und Mindeststandards für das Angebot an Gesundheitsleistungen festlegt und Mittel verteilt, zum anderen die finnische Sozialversicherungsanstalt (Kansaneläkelaitos, KELA).

6.1.2 Ambulanter Leistungsbereich

Die ambulante Gesundheitsversorgung wird in rund 270 Gesundheitszentren oder in den Spitalsambulanzen (vgl. Punkt 6.1.4) erbracht.

Die im Eigentum einer bzw. - im Falle von kleineren Gemeinden, die sich zu einem Verband zusammengeschlossen haben - mehrerer Gemeinden stehenden Gesundheitszentren bieten neben ambulanter medizinischer (Primär-)Versorgung weitere Leistungen wie Prävention oder Psychotherapie an. Die Gesundheitszentren, die meist auch über eine kleine Bettenstation verfügen, stellen im Allgemeinen auch die fachärztliche Versorgung bereit. In einem Gesundheitszentrum sind Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe (Ärzte, Krankenschwestern, Psychologinnen, etc.) vertreten, die alle bei der Gemeinde angestellt sind.

In etwa einem Fünftel der Gesundheitszentren arbeiten die Ärzte als „omalääkäri“ („mein eigener Arzt“): Es wurde eine Art Hausarztmodell eingeführt, um eine Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten. Mittlerweile wurde das System in Richtung „Bevölkerungsverantwortung“

tung“ (väestövastuu) ausgebaut: Bei diesem Modell ist ein Team aus Ärzten und Pflegepersonen für die Gesundheitsversorgung in einer Region (zwischen 1.500 und 5.000 Einwohnern) verantwortlich.

Die Ärzte in den Gesundheitszentren fungieren als Gatekeeper für die Inanspruchnahme von stationärer Versorgung wie auch von ambulanten fachärztlichen Leistungen im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung (vgl. Punkt 6.1.4). Die ambulante Versorgung wird überwiegend in den staatlichen Gesundheitszentren erbracht, wo etwa drei Viertel der ärztlichen Kontakte anfallen, der Rest - schwerpunktmäßig in den Ballungszentren im Süden des Landes - in Privatordinationen und in Betrieben.

Im Laufe der 90er-Jahre nahm die Anzahl der Ärzte kontinuierlich zu und betrug Ende 2000 knapp 16.000. Damit nähert sich die eher niedrige Gesamtärztedichte dem EU-Schnitt: Im Jahr 2000 standen 3,1 Ärzte pro 1.000 Einwohner zur Verfügung (OECD Gesundheitsausgaben 2000).

In der Europäischen Union zählt die Anzahl der ambulanten Arztkontakte in Finnland mit 4,3 (2000) gegenüber einem EU-Schnitt von 5,3 zu den niedrigsten (OECD Gesundheitsdaten 2002, vgl. auch Punkt 14.2.2). Als möglicher Grund wird eine niedrigere Wiederbestellrate gesehen, was mit unterschiedlichen medizinischen Traditionen, aber auch mit den hohen Selbstbeteiligungen (vgl. Abschnitt 6.2) erklärt wird. Weiters spielen im öffentlichen Gesundheitswesen andere Gesundheitsberufe wie Krankenpfleger, Hebammen oder Gemeindeschwestern, die ein breites Aufgabenspektrum abdecken, eine wichtige Rolle.

6.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich

Zahnärztliche Versorgung wird sowohl im öffentlichen Gesundheitswesen als auch in privaten Praxen angeboten, wobei deren Anteile in den beiden Segmenten in etwa gleich sind.

Zur Zeit (siehe unten zu der geplanten Reform) sind im Rahmen der öffentlichen Versorgung Gesundheitszentren von Gesetzes wegen verpflichtet, zahnärztliche Leistungen bestimmten Bevölkerungsgruppen anzubieten: und zwar Personen, die im Jahr 1956 oder später geboren wurden (das Jahr 1956 wurde willkürlich gewählt, als Finnland im Laufe der 50er-Jahre mit der staatlichen zahnärztlichen Versorgung begann), Personen mit bestimmten Krankheiten (z. B. Patienten mit Strahlentherapie am Kopf oder Nacken) und Veteranen aus dem zweiten Weltkrieg. Diese Personengruppen haben auch Anspruch auf (teilweise) Erstattung durch die Sozialversicherung, falls sie private Zahnärzte in Anspruch nehmen (vgl. auch Punkt 6.2.3).

Manche Gemeinden bieten zahnärztliche Leistungen allen Einwohnern ihres Rayons an, während andere die Zahl der Bezugsberechtigten eingeschränkt haben und nur mehr bestimmten Gruppen, unabhängig vom Alter (z. B. Schwangere, Personen in Pflegeheimen, geistig Behinderte), die Leistungen bereit stellen. Somit ist ein bedeutender Anteil der Bevölkerung von der öffentlichen zahnärztlichen Versorgung ausgeschlossen, und ein Großteil der Erwachsenen nimmt die Leistungen privater Zahnärzte in Anspruch.

Eine Reform, welche eine öffentliche zahnärztliche Versorgung für alle Einwohner gewährleisten soll, ist schon lange in Diskussion und wurde in der ersten Hälfte der 90er-Jahre aufgrund der Wirtschaftsrezession verschoben. Im Jahr 2000 wurde schließlich angekündigt, dass Ende 2002 der gesamten finnischen Bevölkerung die staatlich finanzierte zahnärztliche Versorgung in Gesundheitszentren zur Verfügung stehen soll. Als Zwischenstufe wurde der Zugang zu zahnärztlicher Versorgung in Gesundheitszentren stufenweise ausgeweitet, und im Jahr 2001 wurde die Erstattung zahnärztlicher Leistungen bei privaten Zahnärzten auf jene Personen, die im Jahr 1946 oder später geboren worden waren, ausgedehnt. Es bestehen allerdings Zweifel, ob die Reform zeitgerecht Ende 2002 abgeschlossen werden kann.

6.1.4 Spitalsambulanzen

Im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung werden fachärztliche Leistungen in Ambulanzen und internen Abteilungen der Krankenanstalten angeboten. Im staatlichen Gesundheitsdienst gibt es fünf Universitätskliniken, 15 Zentralkrankenanstalten und 40 kleinere Bezirkskrankenanstalten, die allesamt in der Trägerschaft der zu Krankenhausbezirken zusammengefassten Gemeinden stehen. Daneben stehen Bettenstationen in den Gesundheitszentren, einige wenige private Krankenhäuser sowie zwei staatliche psychiatrische Krankenanstalten, die dem Nationalen Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (Stakes) unterstellt sind, bereit.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Spitalsambulanz ist grundsätzlich, wie unter Punkt 6.1.2 ausgeführt, die Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt. Allerdings kommen zirka 30 bis 40 Prozent der Ambulanzbesucher in die Notfallsambulanzen bzw. -abteilungen, welche rund um die Uhr offen stehen.

Obwohl die Anzahl der Ambulanzbesuche Ende der 90er-Jahre zurückgegangen ist, wurde insgesamt im gesamten letzten Jahrzehnt ein Anstieg verzeichnet.

6.1.5 Arzneimittel

Die Zulassung von Arzneimitteln kommt, gleich wie in den anderen EU-Staaten, im zentralisierten Verfahren der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) zu. Auf nationaler Ebene ist dies die Aufgabe der finnischen Arzneimittelagentur (Lääkelaitos), die dem Ministerium für Soziales und Gesundheit unterstellt ist. Ende 2001 waren knapp 5.000 Arzneimittel (gezählt unter Berücksichtigung unterschiedlicher Dosierungen und Darreichungsformen, exklusive unterschiedlicher Packungsgrößen) zugelassen. Die Lääkelaitos entscheidet auch über die Rezeptpflicht der Arzneimittel und teilt diese in die ATC-Klassifizierung ein.

Grundsätzlich können die Hersteller in Finnland die Preise sowohl für rezeptfreie als auch für rezeptpflichtige Arzneimittel frei festlegen. In vielen Fällen, insbesondere bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln, entscheiden sich jedoch die Hersteller, einen Preisfestsetzungsantrag zu stellen, denn Arzneimittel werden nur dann erstattet, wenn vom Amt für Preisfestsetzung und Erstattung (Lääkeiden hintalautakunta) ein gemäß wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Kriterien „angemessener“ Preis festgelegt wurde.

Sobald der Preis bestimmt ist, wird das Arzneimittel in die Positivliste aufgenommen und hat sich somit für eine mögliche Erstattung (zu den Erstattungs- und Selbstbeteiligungssätzen vgl. Punkt 6.2.5) qualifiziert. Die Kosten für die Rückerstattung trägt die Sozialversicherungsanstalt KELA.

6.2 Selbstbeteiligung

6.2.1 Überblick

Bei der Regelung der Selbstbeteiligungen gibt das Ministerium für Soziales und Gesundheit einen gesetzlichen Rahmen vor und legt damit eine Höchstgrenze fest. Den Gemeinden bleibt es überlassen, ob sie in den Gesundheitszentren bestimmte Leistungen zuzahlungsfrei oder mit niedrigerer Selbstbeteiligung anbieten, ebenso können die Krankenanstalten niedrigere Selbstbeteiligungen für Ambulanzbesuche einheben. In der Realität wird aber der gesetzlich mögliche Rahmen voll ausgeschöpft.

Für Leistungen im privaten Bereich können Patienten bzw. bestimmte Patientengruppen teilweise Rückerstattung bei der Sozialversicherung beantragen.

Finnland zählt zu den Ländern mit einer hohen Eigenfinanzierung (vgl. auch Punkt 14.2.5), und in den 90er-Jahren wurden die Selbstbeteiligungen infolge einer wirtschaftlichen Rezession regelmäßig deutlich erhöht.

Um die - durchaus auch von der Politik als besorgniserregend angesehenen - hohen Selbstbeteiligungen einzudämmen, wurde Anfang 2000 eine jährliche Obergrenze für ambulante und stationäre Leistungen im Rahmen des finnischen Gesundheitsdienstes eingeführt, ab welcher die Kosten von den Gemeinden getragen werden. Die Obergrenze ist zur Zeit (2002) mit € 590,- festgelegt. Für die Berechnung der Obergrenze werden Arztbesuche und stationäre Aufenthalte in Gesundheitszentren sowie die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen, ambulante Operationen und stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten berücksichtigt. Für Arzneimittel gilt eine eigene Obergrenze (vgl. Punkt 6.2.5).

Im April 2002 verkündete das Ministerium für Soziales und Gesundheit die Grundsatzentscheidung, dass der Anteil der staatlichen Finanzierung im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren erhöht werden soll. Im Rahmen dessen soll das System der Selbstbeteiligungen bis 2005 evaluiert und voraussichtlich vereinfacht werden.

6.2.2 Ambulante Leistungen

Das Gesetz schreibt bestimmte Leistungen (z. B. präventive Leistungen für Mütter und Kinder, ambulante psychiatrische Leistungen, Immunisierung) vor, welche die Gesundheitszentren kostenlos anbieten müssen. Ambulante ärztliche Leistungen zählen nicht dazu.

Den Gemeinden stehen zwei Modelle für die Einhebung der Selbstbeteiligung bei der Inanspruchnahme eines Arztes in einem Gesundheitszentrum zur Verfügung:

- eine Selbstbeteiligung von bis zu € 22,- (2002) für alle Arztbesuche innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten, gezählt ab der ersten Inanspruchnahme, oder
- eine Selbstbeteiligung von jeweils maximal € 11,- (2002) für die ersten drei Arztbesuche, während alle weiteren Arztbesuche im Laufe eines Jahres ohne Bezahlung in Anspruch genommen werden können.

Die Gebühren für die ärztlichen Leistungen umfassen Labor- und Röntgenuntersuchungen.

Im Jahr 2002 wurde eine neue Gebühr eingeführt: Anstelle von € 11,- werden nun € 15,- pro Besuch in einem Gesundheitszentrum eingehoben, falls dieser außerhalb der „normalen“ Öffnungszeiten stattfindet. Mit der erhöhten Gebühr soll ein Anreiz gesetzt werden, dass die Patienten nicht mehr an Abenden oder an Wochenenden kommen, was als „Missbrauch“ der außertourlichen Öffnungszeiten empfunden wurde.

Bei den Selbstbeteiligungssätzen handelt es sich, wie unter Punkt 6.2.1 dargestellt, um gesetzlich festgelegte Obergrenzen. Die Gemeinden können ambulante ärztliche Leistungen kostenlos oder zu einer niedrigeren Selbstbeteiligung anbieten. De facto heben die meisten Gemeinden die Selbstbeteiligung in der maximalen Höhe ein. Nur wenige Gemeinden bieten die Leistungen in ihren Gesundheitszentren zuzahlungsfrei an.

Wie im voran gegangenen Punkt 6.2.1 ausgeführt, werden die ambulanten Leistungen im staatlichen Gesundheitsdienst für die Anrechnung der jährlichen Begrenzung der Selbstbeteiligung berücksichtigt.

Dies gilt nicht für Leistungen im privaten Sektor, wo die Patienten die Kosten zur Gänze aus der eigenen Tasche tragen müssen, allerdings eine teilweise Rückerstattung von der Sozialversicherung KELA fordern können. Leistungen privater Ärzte werden von der KELA mit bis zu 60 Prozent der „Basistarife“ erstattet. In der Praxis fordern die Ärzte höhere Preise als die von der KELA festgelegten Basistarife, und im Schnitt beläuft sich die Rückerstattung durch die Sozialversicherung auf zirka ein Drittel der Honorare für Privatärzte.

Bei Behandlungen und diagnostischen Leistungen wie Röntgen- oder Laboruntersuchungen, die von privaten Ärzten verordnet werden, müssen die Patienten einen Fixbetrag von € 13,46 plus 25 Prozent der Differenz zwischen diesem Sockel und dem festgelegten Tarif leisten.

6.2.3 Zahnärztliche Leistungen

In Gesundheitszentren zahlen Patienten für den Besuch eines Zahnarztes zunächst eine Grundgebühr von € 7,- bzw. € 11,- für einen „Spezialzahnarzt“ (Zahnärzte, die sich in bestimmten Fächern, z. B. Zahnchirurgie, spezialisiert haben) und darüber hinaus unterschiedliche Tarife in der Höhe von € 5,- bis € 130,- je nach in Anspruch genommener Leistung (2002).

Patienten privater Zahnärzte müssen auf jeden Fall zunächst die gesamten Kosten bezahlen, bestimmte Patientengruppen können bei der KELA um teilweise Rückerstattung ansuchen: Dies betrifft Kriegsveteranen, Patienten, deren Zahnbehandlung im Zusammenhang mit der Behandlung einer anderen Krankheit erforderlich war, und Personen, die im Jahr 1946 oder später geboren wurden (nunmehriger Stichtag auf Grund der im Jahr 2000 einge-

leiteten Reform, zuvor war das Jahr 1956 relevant), also jenen Personenkreis, der Anspruch auf staatlich finanzierte zahnärztliche Versorgung in den Gesundheitszentren hat. Wie unter Punkt 6.1.3 ausgeführt, soll bis Ende 2002 dieser Anspruch und die teilweise Rückerstattung privater Zahnarztkosten der gesamten Bevölkerung offen stehen. Zur Zeit erhalten Personen, die vor dem Stichtag geboren wurden, innerhalb von drei Kalenderjahren einmal 75 Prozent der Kosten für zahnärztliche Untersuchungen und Präventivbehandlungen rückerstattet.

Bei Personen mit Anspruch auf Erstattung privater zahnärztlicher Leistungen beträgt die Selbstbeteiligung, wie bei den übrigen niedergelassenen Ärzten (vgl. Punkt 6.2.2), 40 Prozent des von der KELA festgelegten Basistarifs pro Zahnarztbesuch. Für erstattungsfähige Leistungen (Untersuchungen, präventive Leistungen und Grundversorgung einmal im Jahr) zahlen die Patienten den Fixbetrag € 13,46 plus 25 Prozent der Differenz zwischen diesem Sockel und dem festgelegten Tarif. Kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz werden nicht erstattet.

6.2.4 Spitalsambulanzen

Für die Ambulanzen, in denen die ambulante fachärztliche Versorgung gewährleistet wird (vgl. Punkt 6.1.4), gelten unterschiedliche Selbstbeteiligungsregelungen, je nachdem, ob es sich um psychiatrische Krankenanstalten handelt oder nicht:

- Die Selbstbeteiligung in einem nicht-psychiatrischen Krankenhaus beträgt maximal € 22,- pro Besuch (2002). Die Gebühr für den Ambulanzbesuch wird bei der Berechnung der jährlichen Obergrenze berücksichtigt (vgl. Punkt 6.2.1). Die Selbstbeteiligung fällt in voller Höhe auch für Notfallpatienten an.
- In einer psychiatrischen Abteilung ist der Ambulanzbesuch mit keiner Zuzahlung verbunden.

Die angegebene Selbstbeteiligung bezieht sich wiederum auf den gesetzlichen Höchstbetrag. Spitäler können auch niedrigere Zuzahlungen einheben, was aber in der Praxis nicht passiert.

6.2.5 Arzneimittel

Rund 13 Prozent der Arzneimittel am Markt sind nicht erstattungsfähig. Für diese müssen die Patienten die Kosten zur Gänze aus der eigenen Tasche bezahlen.

Bei den erstattungsfähigen Arzneimitteln besteht die Selbstbeteiligung aus einem fixen Betrag und einer prozentuellen Beteiligung. Im Rahmen der sogenannten „Normal-Erstattung“ zahlen Patienten eine feste Gebühr von € 8,41 (2002), die in etwa einer Rezeptgebühr entspricht, sowie eine Selbstbeteiligung von 50 Prozent des Betrags, der diese fixe Gebühr übersteigt.

Für Arzneimittel zu bestimmten Krankheitsbildern, die vom Staatsrat per Dekret festgelegt wurden, gelten eigene Selbstbeteiligungsregelungen. Diese Arzneimittel der sogenannten „Spezial-Erstattung“, die in zwei Varianten besteht, werden zu höheren Sätzen erstattet, und

die fixe Gebühr ist niedriger: Sie beträgt bei beiden Varianten der „Spezial-Erstattung“ € 4,20 (2002). Darüber hinaus ist bei Arzneimitteln der „unteren Spezial-Erstattung“ (das sind Arzneimittel für neun chronische Krankheiten, darunter Asthma und Bluthochdruck) eine Selbstbeteiligung von 25 Prozent zu leisten, für Arzneimittel der „oberen Spezial-Erstattung“ (Arzneimittel für 35 besonders schwere bzw. chronische Krankheiten wie Leukämie, Epilepsie oder Diabetes) fällt neben der fixen Gebühr keine weitere Selbstbeteiligung an.

Hinsichtlich des Prozedere kommt das Kostenerstattungsprinzip zur Anwendung: Der Patient zahlt also zunächst die gesamten Kosten und erhält auf Antrag bei der Sozialversicherung (KELA) einen Teil rückerstattet. Der Antrag eines Patienten auf Spezial-Erstattung muss eine Bestätigung des Arztes enthalten, dass der Patient an einer Krankheit leidet, die laut Dekret der Spezial-Erstattung unterliegt, und dass das Arzneimittel zur Behandlung dieser Krankheit eingesetzt wird.

Die Selbstbeteiligung für Arzneimittel ist mit einer Obergrenze von € 594,02 (2002) limitiert. Darüber hinaus gehende Kosten werden von der KELA erstattet.

Im Jahr 1999 entfielen 39 Prozent der KELA-Aufwendungen für Arzneimittel auf die Normal-Erstattung, 28 Prozent auf die „untere Spezial-Erstattung“ und 27 Prozent auf die „obere Spezial-Erstattung“. Die restlichen sechs Prozent betrafen die Kostenübernahme bei Personen, die den maximalen jährlichen Oberbetrag überschritten hatten.

6.3 Ausnahmebestimmungen

In Finnland ist das Alter im Wesentlichen der einzige Befreiungsgrund für Selbstbeteiligungen: Kinder und Jugendliche haben zuzahlungsfrei Zugang zu bestimmten Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens (für die Altersgrenzen vgl. Tabelle 6.1).

Im Arzneimittelbereich gibt es überhaupt keine Befreiungsregelungen, weder für Kinder, ältere Menschen noch sozial Schwache. Selbst Patienten mit lebensbedrohenden und/oder chronischen Krankheiten müssen - wenngleich niedrigere - Selbstbeteiligungen leisten, und kein einziges Arzneimittel kann ambulant zuzahlungsfrei bezogen werden.

Tabelle 6.1: Finnland - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002

Befreiungsgrund	Ambulante ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalsambulanzen	Arzneimittel
Alter	Personen unter 18 Jahren	Personen unter 18 Jahren	-	-
Soziale Gründe	-	-	-	-
Krankheiten/ Behinderung	-	-	-	-
Sonstige	-	-	Ambulanzen in psychiatrischen Krankenanstalten	-

Quellen: European Observatory on Health Care Systems 2002, Ministry of Social Affairs and Health 2002a, ÖBIG-eigene Erhebungen (STAKES)

Die hohen und im Laufe der 90er-Jahre gestiegenen Selbstbeteiligungen in Kombination mit fehlenden Befreiungen für Personen mit niedrigem Einkommen oder für chronisch Kranke werden laut dem WHO-Länderbericht „Health Care Systems in Transition. Finland 2002“ mit Sorge gesehen. Immer mehr Menschen haben um Unterstützung im Rahmen der Sozialfürsorge angesucht, da sie außer Stande waren, die Zahlungen zu leisten.

Die Auswirkungen der Selbstbeteiligung in Finnland wurden bisher nicht analysiert, aber eine Studie zur Nutzung der Gesundheitsleistungen lieferte einige Hinweise: Laut dieser Untersuchung (STAKES 1996) stieg von 1987 auf 1996 der Anteil der Haushalte im niedrigsten Einkommensquintil, die zur Abdeckung der Kosten für Gesundheitsleistungen um Unterstützung bei Verwandten oder Freunden (von 2,1 auf 8,4 Prozent) bzw. bei der Gemeinde (von 3,2 auf 7,3 Prozent) ansuchen mussten. Bezogen auf alle Haushalte gaben 1996 acht Prozent an, dass sie Ersparnisse aufbrauchen mussten, um Ausgaben für Gesundheit bezahlen zu können, und zwölf Prozent (20 Prozent im niedrigsten Einkommensquintil und fünf Prozent im obersten) mussten andere Ausgaben einschränken.

7 Großbritannien

7.1 Gesundheitssystem

7.1.1 Organisation

Das britische Gesundheitssystem entspricht dem klassischen Modell eines Staatlichen Gesundheitsdienstes. Der britische NHS (National Health Service) wurde 1948 eingeführt, um allen in Großbritannien lebenden Personen gleichen Zugang zu Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Im Rahmen des primär steuerfinanzierten NHS war das Gesundheitswesen ursprünglich stark zentral organisiert. 80 Prozent der NHS-Ausgaben entfallen auf England; Wales, Schottland und Nordirland haben eigene Nationale Gesundheitsdienste, die in vielen Punkten gleich dem englischen System ausgestaltet sind.

Der NHS ist dem jeweiligen Gesundheitsministerium (Department of Health, DoH) der vier Landesteile England, Wales, Schottland und Nordirland unterstellt. Das vom Parlament bewilligte Gesundheitsbudget wurde bislang (zu aktuellen Reformen siehe unten) vom Gesundheitsministerium an die regionalen Gesundheitsbehörden (Health Authorities, HA) verteilt, welche für die Organisation der Gesundheitsversorgung in einem Gebiet von durchschnittlich 450.000 Einwohnern verantwortlich sind. In England gibt es derzeit knapp 100 Gesundheitsbehörden, in Wales fünf, in Schottland 50 und in Nordirland vier.

Im Laufe seines mehr als fünfzigjährigen Bestehens wurde der NHS mehrmals reformiert. Einige einschneidende Änderungen fanden in den 90er-Jahren statt: Die Schaffung eines „internen Marktes“ innerhalb des NHS stand im Mittelpunkt der Gesundheitsreform von 1991, bei der Inhaber von großen Arztpraxen zu „Fundholdern“ werden konnten: Das heißt, sie durften ein eigenes Budget beantragen, aus dem sie bestimmte Gesundheitsleistungen (z. B. Arzneimittel, ambulante Dienstleistungen, kleinere chirurgische Eingriffe) für ihre Patienten „einkaufen“ konnten.

1999 wurde das Fundholding-System wieder abgeschafft, statt dessen wurden die Gesundheitssprengelgruppen (Primary Care Groups, PCG) eingeführt. Diese sind ein Zusammenschluss von Ärzten, Krankenschwestern, Hebammen und Angehörigen anderer ambulanter Gesundheitsberufe für ein Einzugsgebiet von etwa 100.000 Einwohnern. Die PCG, welche die Gesundheitsbehörden unterstützen sollen, können diese beraten, aber auch in deren Auftrag Leistungen zukaufen. Die PCT sollten sich in Richtung Trusts - in diesem Fall Primary Care Trusts (PCT) - entwickeln. Unter einem NHS-Trust versteht man selbst verwaltete und eigenständige Gesundheitszentren, Krankenanstalten und andere Anbieter von ambulanten bzw. sozialen Diensten, die über Verträge mit niedergelassenen Allgemeinärzten, Apothekern, Zahnärzten und Optikern Gesundheitsleistungen in einer Region bereit stellen.

Die aktuellen Entwicklungen auf Basis des Gesundheitsgesetzes vom 9. November 2001 zielen auf eine Stärkung der PCT und damit einhergehend auf eine Dezentralisierung ab. Im April 2002 haben die bisherigen Gesundheitsbehörden ihre Agenden an die PCT (in England mittlerweile rund 300) übergeben, welche nunmehr die lokale Gesundheitsversorgung (unter anderem mittels Zukauf von privaten Leistungen) organisieren. Die PCT erhalten seither die Mittel direkt vom Gesundheitsministerium, im Jahr 2004 sollen die PCT 75 Prozent des NHS-Budgets verwalten. Die Zahl der Gesundheitsbehörden wird massiv reduziert, an ihre Stelle sollen 28 „strategische Gesundheitsbehörden“ treten, die ab Oktober 2002 ihre Tätigkeit aufnehmen.

7.1.2 Ambulanter Leistungsbereich

Die Primärversorgung wird in Großbritannien über Hausärzte und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe erbracht, welche die Gesundheitsleistungen im Rahmen des NHS anbieten. Die Patienten müssen bei ihrem Primär- bzw. Hausarzt eingeschrieben sein, sie können diesen innerhalb einer Region frei wählen. Die Hausärzte (meist ein Allgemein-, selten ein Zahn- oder Augenarzt), über die zirka 90 Prozent aller Patientenkontakte im NHS laufen, fungieren als strikte Gatekeeper, das heißt, der Zugang zu NHS-Fachärzten und öffentlichen Spitälern ist nur mittels der Überweisung durch einen Hausarzt möglich.

Fachärztliche Versorgung auf Kosten des NHS wird ausschließlich in Spitalsambulanzen angeboten (vgl. Punkt 7.1.4). Die dort angestellten Fachärzte dürfen aber zusätzlich eine Privatpraxis betreiben. Die Gesamtärztedichte betrug im Jahr 2000 1,8 Ärzte pro 1.000 Einwohner (OECD Gesundheitsdaten 2002) und ist somit gegenüber einem EU-Schnitt von 3,4 (vgl. Punkt 14.2.2) niedrig.

7.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich

Allgemeine zahnärztliche Leistungen werden im Rahmen des NHS von selbstständigen Zahnärzten, die einen Vertrag mit den Gesundheitsbehörden abgeschlossen haben, erbracht. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Registrierung bei einem NHS-Zahnarzt, die 15 Monate gültig ist. Darüber hinaus können NHS-Ärzte auch private Patienten annehmen bzw. bei NHS-Patienten Leistungen privat erbringen. In der Realität haben die meisten Zahnärzte sowohl NHS-Patienten als auch private Patienten.

Daneben gibt es private Zahnärzte, deren Anzahl Ende der 90er-Jahre gestiegen ist, nachdem einige Zahnärzte aufgrund von Differenzen aus dem NHS ausgetreten sind. Da Patienten immer wieder Probleme hatten, bestimmte zahnärztliche Leistungen unter dem NHS zu erhalten, hat auch die Anzahl der Privatpatienten zugenommen. In Folge haben auch die privaten Krankenversicherungen für zahnärztliche Leistungen stark expandiert (vgl. auch Punkt 7.2.3).

Innerhalb des NHS gibt es weiters den Zahnärztlichen Dienst der Gemeinden (Community Dental Service, CDS), der sich Personen annimmt, die ansonsten nicht von Zahnärzten betreut würden. Dies betrifft z. B. ältere, an das Haus gebundene Personen und körperlich oder geistig behinderte Menschen. Außerdem führt der CDS Screening-Programme in Schulen

durch und bietet Kindern, die dabei als nicht adäquat versorgt identifiziert wurden, zahnärztliche Leistungen an.

7.1.4 Spitalsambulanzen

Wie bereits unter Punkt 7.1.2 beschrieben, wird ambulante fachärztliche Versorgung im Rahmen des NHS ausschließlich in Spitalsambulanzen angeboten. Um diese in Anspruch nehmen zu können, bedürfen die Patienten - außer in Notfällen (es gibt eigene Notfallsambulanzen, „emergency departments“) - stets der Überweisung durch ihren Hausarzt.

Grundstein des Spitalssektors bilden die allgemeinen Bezirkskrankenanstalten (District General Hospitals), welche die Grundversorgung für 150.000 bis 200.000 Einwohner gewährleisten.

7.1.5 Arzneimittel

Auf nationaler Ebene ist die Zulassung von Arzneimitteln Aufgabe der britischen Arzneimittelagentur (Medicines Control Agency, MCA). Zahlreiche Zulassungen erfolgen allerdings über die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) im zentralen Verfahren. In den 90er-Jahren hat die Anzahl der zugelassenen Arzneimittel um 50 Prozent zugenommen, Ende 1999 waren rund 19.000 Arzneimittel (gezählt unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Dosierungen, Darreichungsformen und Packungsgrößen) zugelassen.

Alle Arzneimittel, die nicht explizit in der Negativliste angeführt werden, sind zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes erstattungsfähig. Die Negativliste umfasst rund 2.500 Arzneimittel: Der überwiegende Teil wird dabei unter keinen Umständen vom NHS erstattet („Schedule 10“), ein knappes Dutzend Produkte (z. B. Viagra) kann hingegen unter bestimmten Voraussetzungen zu Lasten des NHS verschrieben werden („Schedule 11“). Die Entscheidung über die Aufnahme in die Negativliste trifft das Gesundheitsministerium, wobei - speziell bei innovativen, also teuren Arzneimitteln - pharma-ökonomische Evaluierungen vom seit 1999 tätigen Nationalen Evaluierungsinstitut NICE (National Institute for Clinical Excellence) berücksichtigt werden.

Die Arzneimittelpreise unterliegen zwar grundsätzlich keinen gesetzlichen Beschränkungen, aber die Gewinne der pharmazeutischen Unternehmen mit den erstattungsfähigen NHS-Arzneimitteln werden im Rahmen des Gewinnlenkungsverfahrens (Pharmaceutical Price Regulation Scheme, PPRS) kontrolliert. Dabei werden zwischen der Industrie und dem NHS die maximal (prozentuell) erlaubten Gewinne der Pharma-Firmen vereinbart.

7.2 Selbstbeteiligung

7.2.1 Überblick

Als im Jahr 1948 der NHS eingeführt wurde, waren gleicher Zugang für alle und ein zuzahlungsfreies Angebot an Gesundheitsleistungen zentrale Prinzipien. Für die zahnärztlichen Leistungen und für Arzneimittel wurde aber schon in den frühen 50er-Jahren von diesem Grundsatz abgegangen.

Auch heute spielen Selbstbeteiligungen in Großbritannien kaum eine Rolle: Die ambulante und stationäre Versorgung kann grundsätzlich zuzahlungsfrei in Anspruch genommen werden. Selbstbeteiligungen finden sich neben dem zahnärztlichen Leistungsbereich und den Arzneimitteln auch bei augenärztlichen Leistungen und bei Hilfsmitteln. In den Bereichen, in denen eine Eigenbeteiligung der Patienten gefordert wird, sind weite Bevölkerungsgruppen davon befreit (vgl. Abschnitt 7.3).

7.2.2 Ambulante Leistungen

Ambulante Leistungen stehen im Rahmen des NHS zuzahlungsfrei zur Verfügung.

Erwähnt werden soll an dieser Stelle, dass seit 1989 Augentests im Rahmen des NHS nur mehr bestimmten Bevölkerungsgruppen (Kindern, Jugendlichen unter 19 Jahren in Vollzeitausbildung, Personen mit niedrigem Einkommen oder mit bestimmten Augenerkrankungen sowie seit April 1999 allen Personen ab 60 Jahren) angeboten werden. Alle anderen Personen müssen die Augentests auf der eigenen Tasche bezahlen.

7.2.3 Zahnärztliche Leistungen

Bei zahnärztlichen Leistungen, die im Rahmen des NHS erbracht werden, fällt eine proportionale Selbstbeteiligung von 80 Prozent mit einer Höchstgrenze von € 590,32 / GBP 366,- pro Behandlung an (aktueller Stand seit Anfang April 2002). Das bedeutet beispielsweise vier Fünftel der Kosten von € 8,58 / GBP 5,32 für eine Standard-Untersuchung, von € 12,84 / GBP 7,96 für eine umfassende Untersuchung und ab € 23,55 / GBP 14,60 für eine größere Zahnfüllung unter dem NHS (aktuelle Kostensätze seit 1. April 2002).

Privatpatienten müssen die vollen Kosten selbst tragen. Laut einer Untersuchung der Konsumentenschutzorganisation Consumers' Association sind die Tarife im privaten Sektor bis zu sechs Mal so hoch wie im NHS (Carvel 2002).

Wie bereits unter Punkt 7.1.3 erwähnt, hat das Volumen der Privatversicherungen stark zugenommen. Im Jahr 1999 finanzierte etwa das Versicherungsunternehmen Denplan Ltd rund € 97 Millionen / GBP 60 Millionen für private Zahnbehandlungen von 500.000 Patienten in einem privaten Markt für zahnärztliche Leistungen von insgesamt € 806 Millionen / GBP 500 Millionen pro Jahr.

7.2.4 Spitalsambulanzen

Für die Inanspruchnahme der fachärztlichen Leistungen, die unter dem NHS ausschließlich in Spitalsambulanzen erbracht werden, fallen keine Selbstbeteiligungen an.

7.2.5 Arzneimittel

Beim Bezug von NHS-Arzneimitteln müssen die Patienten eine Pauschale pro Verordnung („Rezeptgebühr“) entrichten. Deren Höhe wird jährlich an die Inflationsrate angepasst, seit 1. April 2002 beträgt sie € 10,- / GBP 6,20. Seit ihrer Einführung im Jahr 1952 ist die Rezeptgebühr stark gestiegen, in den 90er-Jahren hat sie sich fast verdoppelt.

Mit dem Erwerb eines Vorverkaufsscheins (Prescription Prepayment Certificate, PPC) können Patienten eine maximale Rezeptgebühr für einen bestimmten Zeitraum im Voraus entrichten und somit eine Deckelung ihrer Zuzahlungen vornehmen. PPC werden zur Zeit (seit Anfang April 2002) um € 52,26 / GBP 32,40 für vier Monate und um € 143,55 / GBP 89,00 für ein Jahr angeboten.

Nicht-erstattungsfähige Arzneimittel (rund 13 Prozent der Arzneimittel am Markt, Stand Anfang 2000) müssen die Patienten zur Gänze aus der eigenen Tasche bezahlen.

Es liegen fünf Studien vor, die auf Basis von Langzeitbeobachtungen (70er- und 80er-Jahre) die Wirkung der Rezeptgebühr im britischen NHS analysiert haben. Die Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass die Selbstbeteiligungen zu einem Rückgang des Arzneimittelverbrauchs geführt hatten - allerdings nur in einem geringen Maße. Die Nachfrage nach Arzneimitteln ist ziemlich unelastisch, in den erwähnten Studien wird die Elastizität auf rund -0,3 geschätzt (siehe dazu auch Fattore 1999).

7.3 Ausnahmebestimmungen

Da die ambulanten Leistungen in der Primärversorgung und in den Spitalsambulanzen grundsätzlich zuzahlungsfrei angeboten werden, sind in Hinblick auf etwaige Ausnahmen nur die Bereiche zahnärztliche Versorgung und Arzneimittel relevant.

Hier gibt es eine Reihe von Befreiungsregelungen, sodass ein bedeutender Anteil der Bevölkerung keine Selbstbeteiligung leisten muss. Dies betrifft zum einen Kinder und Jugendliche und - bei Arzneimitteln - ältere Menschen, zum anderen sozial schwache Personen (vgl. Tabelle 7.1). Schwangere und Mütter von Neugeborenen, Personen mit bestimmten Krankheiten sowie Menschen, deren Behinderung diese an das Haus fesselt, können um einen „Befreiungsschein“ ansuchen, der sie zum zuzahlungsfreien Bezug von verordneten Arzneimitteln berechtigt. In Folge der weitreichenden Ausnahmeregelungen waren im Jahr 2000 rund die Hälfte der Bevölkerung von der Rezeptgebühr befreit. Rund 88 Prozent der Verordnungen wurden 1999 zuzahlungsfrei abgegeben.

Tabelle 7.1: Großbritannien - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002¹

Befreiungsgrund	Ambulante ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalsambulanzen	Arzneimittel
Alter	<i>keine SB</i>	Personen unter 18 Jahre, Jugendliche in Ausbildung unter 19 Jahren	<i>keine SB</i>	Personen unter 16 Jahre, Jugendliche in Ausbildung unter 19 Jahren ab 60 Jahren
Soziale Gründe	<i>keine SB</i>	Personen mit niedrigem Einkommen (Empfänger bestimmter Sozialleistungen ² und ihre Partner) ³	<i>keine SB</i>	Personen mit niedrigem Einkommen (Empfänger bestimmter Sozialleistungen ² und ihre Partner)
Krankheiten / Behinderung	<i>keine SB</i>	Empfänger des Einkommenszuschusses für erwerbstätige Behinderte	<i>keine SB</i>	Empfänger des Einkommenszuschusses für erwerbstätige Behinderte Personen mit bestimmten Krankheiten (z. B. Diabetes, Fistel, Epilepsie) ⁴ Personen mit körperlicher Behinderung, die deren Mobilität einschränkt ⁴ Kriegsveteranen ⁵
Sonstige	<i>keine SB</i>	Schwangere, Mütter von Neugeborenen ⁶ Behandlung im Rahmen des CDS ⁷	<i>keine SB</i>	Schwangere, Mütter von Neugeborenen ^{4,6} keine SB bei Verhütungsmitteln

CDS = Community Dental Service, SB = Selbstbeteiligung

¹ bezogen auf England, im Detail unterschiedliche Regelungen für Wales, Schottland und Nordirland

² Income Support, Income Based Job Seekers' Allowance, Full Working Families' Tax Credit

³ Personen mit niedrigem Einkommen, die nicht explizit von der Selbstbeteiligung befreit sind, haben unter dem „NHS Low Income Scheme“ das Recht auf eine Reduzierung der Selbstbeteiligung bei zahnärztlichen Leistungen (nicht so bei Arzneimitteln).

⁴ Voraussetzung: Personen müssen über einen „Befreiungsschein“ der Gesundheitsbehörden verfügen

⁵ unter der Voraussetzung, dass das verordnete Arzneimittel im Zusammenhang mit der Behinderung steht

⁶ Entbindung in den vorangegangenen 12 Monaten

⁷ ausgenommen Brücken und Prothesen

Quellen: DoH 2002a, Europäische Kommission 2001, European Observatory on Health Care Systems 1999, NHS 2002

8 Italien

8.1 Gesundheitssystem

8.1.1 Organisation

Das italienische Gesundheitssystem ist seit 1978 auf Basis eines Nationalen Gesundheitsdienstes (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) organisiert, der allen Staatsbürgern die gleichen Zugangschancen zu einer umfassenden medizinischen Versorgung garantieren soll. Die wichtigsten Charakteristika des Nationalen Gesundheitsdienstes in Italien sind der Versicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung, die zentrale Planung durch nationale Behörden und die dezentrale Leistungserbringung auf lokaler Ebene.

Zentraler Akteur auf der nationalen Ebene ist das Gesundheitsministerium, das von den beratenden Sonderbehörden Istituto Superiore di Sanità (ISS) und Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL) unterstützt wird. In Abstimmung mit dem Nationalen Gesundheitsrat (Consiglio Sanitario Nazionale, CSN) erstellt das Gesundheitsministerium den Nationalen Gesundheitsplan (Piano Sanitario Nazionale, PSN), der für jeweils drei Jahre gilt.

Vor Ort organisieren die lokalen Gesundheitsbehörden die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung für die Einwohner eines Einzugsgebiets.

Zwischen der nationalen und lokalen Ebene sind die regionalen Gesundheitsbehörden angesiedelt, deren Rolle sich bis vor kurzem auf die Aufsichtsfunktion für die lokalen Gesundheitsbehörden beschränkt hat. Doch seit 2002 kommt den Regionen eine finanzielle Verantwortung im Gesundheitswesen zu. Nun sind die Regionen dafür zuständig, etwaige Überschreitungen der ihnen zugewiesenen Gesundheitsbudgets selbst zu decken. Die zentralen Mittelzuweisungen an die lokalen Einrichtungen, bislang ein Charakteristikum des italienischen Gesundheitswesens, werden nach und nach eingestellt, der Nationale Gesundheitsfonds (Fondo Sanitario Nazionale, FSN) soll bis zum Jahr 2004 abgeschafft werden. Die Regionalisierung des italienischen Gesundheitswesens mit all ihren Konsequenzen, die zur Zeit noch nicht zur Gänze abgeschätzt werden können (Umsetzungsphase), kann als die einschneidendste Reform der letzten Jahre bezeichnet werden.

Basierend auf einem Vertrag zwischen Zentralstaat und Regionen vom August 2001 traten im Rahmen des Finanzgesetzes für 2002 die Regelungen zu den „notwendigen Versorgungsniveaus“ (Livelli Essenziali di Assistenza, LEA) in Kraft. Darin werden die „notwendigen“ Leistungsbereiche definiert, welche - eventuell mit Zuzahlungen der Patienten - zu Lasten des SSN zu gewährleisten sind, wie auch die nicht als notwendig erachteten Leistungen, welche vom Nationalen Gesundheitsdienst ausgeschlossen werden (z. B. bestimmte physikalische Leistungen oder Leistungen der Rehabilitation).

8.1.2 Ambulanter Leistungsbereich

Die Primär- und fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich wird von den lokalen Gesundheitsbehörden ASL (heißen seit ihrer Neuorganisation als autonome profit-orientierte Zentren Anfang 1995 „Gesundheitsbetriebe“, Aziende Sanitarie Locali, wurden vorher „Gesundheitseinheiten“, Unite Sanitarie Locali, USL genannt) organisiert. Um Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen die Einwohner bei ihrer zuständigen ASL eingeschrieben sein.

Der Erstkontakt erfolgt über den „Familienarzt“, der ein Allgemeinmediziner oder ein Kinderarzt sein kann. Die Patienten haben freie Arztwahl in der Region. Der Arzt darf allerdings nur eine bestimmte Anzahl an bei ihm eingeschriebenen Patienten (1.800 pro Allgemeinarzt bzw. 1.000 pro Kinderarzt) annehmen. Der Familienarzt wirkt als Gatekeeper, das heißt, Patienten dürfen Fachärzte, Untersuchungen und eine stationäre Versorgung erst mit der Überweisung des Familienarztes in Anspruch nehmen.

In Summe weist Italien mit 6,0 praktizierenden Ärzten pro 1.000 Einwohner (2000) eine hohe Ärztedichte auf (OECD Gesundheitsdaten 2002). Die Großteil der Ärzte arbeitet für den Nationalen Gesundheitsdienst: Sie sind entweder angestellt oder haben als sogenannte „konventionierte“ Ärzte einen Vertrag („convenzione“) mit dem SSN abgeschlossen. Bis Ende 2000 konnten Ärzte sowohl im SSN (als Spitalsärzte) arbeiten als auch ihre private Praxis im niedergelassenen Bereich betreiben. Vor die Wahl gestellt entschieden sich vier Fünftel der Ärzte für den Verbleib im Nationalen Gesundheitsdienst, als Gegenleistung dürfen sie auch weiterhin Privatpatienten in den Räumlichkeiten der öffentlichen Einrichtungen betreuen.

8.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich

Die meisten Zahnärzte Italiens arbeiten in privaten Ordinationen, wobei der Großteil über einen Vertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst verfügt („konventionierte“ Zahnärzte). Daneben werden zahnärztliche Leistungen auch in Gesundheitszentren angeboten.

Abgesehen von der Prophylaxe (inklusive Zahnziehen, gelegentlich Leistungen zur Zahnerhaltung) zählen die meisten zahnärztlichen Leistungen (insbesondere der Kieferorthopädie, des Zahnersatzes) nicht zum Leistungskatalog des SSN.

8.1.4 Spitalsambulanzen

In Italien stehen in rund 1.400 Krankenanstalten in Summe zirka 250.000 Betten im Rahmen des SSN bereit. Mehr als 80 Prozent der Betten befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, die übrigen in den rund 540 „konventionierten“ Spitälern, das sind private, meist gemeinnützige Krankenanstalten, die einen Vertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben.

Neben den internen Abteilungen verfügen die italienischen Krankenanstalten im Allgemeinen auch über Ambulanzen (Notfallambulanzen sowie Ambulanzen diverser Fachrichtungen). Die Spitalsambulanzen wirken ergänzend zu den niedergelassenen Fachärzten.

8.1.5 Arzneimittel

Neue Arzneimittel werden im zentralisierten Verfahren über die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) bzw. ansonsten über das italienische Gesundheitsministerium zugelassen. Anfang 1999 waren fast 36.000 Arzneimittel (gezählt einschließlich der unterschiedlichen Dosierstärken, Darreichungsformen und Packungsgrößen) zugelassen, davon befanden sich rund 9.000 Arzneimittel am Markt.

Nach Vorliegen der Zulassung bewertet die Arzneimittelkommission CUF (Commissione Unica del Farmaco), ein Gremium des Gesundheitsministeriums, die Arzneimittel hinsichtlich ihres therapeutischen Nutzens und teilt sie in Klasse A (lebenswichtige und bei der Behandlung von chronischen Krankheiten angewandte Arzneimittel sowie ausschließlich in Krankenanstalten eingesetzte Arzneimittel), Klasse B („therapeutisch relevante“ Arzneimittel) oder Klasse C (die übrigen Arzneimittel) ein. Arzneimittel der Klasse A werden zur Gänze erstattet, Arzneimittel der Klasse C überhaupt nicht. Im Juli 2001 wurde die Klasse B mit der Erstattung von 50 Prozent abgeschafft, deren Arzneimittel sollten von der CUF den beiden anderen Klassen zugeordnet werden. Doch ein halbes Jahr später, Anfang 2002, wurde die Klasse B in Form der zwei neuen Klassen B1 und B2 mit unterschiedlichen Erstattungsätzen (vgl. Punkt 8.2.5) wieder eingeführt.

Im September 2001 trat nach langen Vorbereitungen ein Referenzpreissystem in Kraft, ab Oktober 2001 wurden die Apotheker verpflichtet, für Produkte unter dem Referenzpreissystem das billigste verfügbare Generikum abzugeben, außer der Arzt hat explizit die Substitution ausgeschlossen.

Je nach Zulassungsverfahren wird ein unterschiedliches System der Preisbildung angewandt. Bei neuen, national zugelassenen Arzneimitteln legt das Interministerielle Komitee für Wirtschaftsplanung CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica) den Preis fest, der den als Richtpreis geltenden „europäischen Durchschnittspreis“ (Prezzo Medio Europeo, PME) nicht übersteigen darf. Bei älteren Arzneimitteln mit niedrigeren Preisen sollen diese in jährlichen Tranchen im Laufe von sechs Jahren dem Richtpreis angepasst werden. Allerdings wurde im Sommer 2002 auf die jährliche Anpassung verzichtet und die weiteren geplanten Erhöhungen in Frage gestellt. Bei nach einem EU-Verfahren zugelassenen Arzneimitteln (zentralisierte oder dezentrale Zulassung) werden die Preise zwischen den Pharma-Unternehmen und der Arzneimittelkommission CUF verhandelt.

8.2 Selbstbeteiligung

8.2.1 Überblick

In drei Leistungsbereichen galten in Italien bislang Selbstbeteiligungsregelungen: Arzneimittel, diagnostische Untersuchungen und Fachärzte. Für stationäre Leistungen wurden - im Gegensatz zu vielen anderen Ländern - keine Zuzahlungen gefordert.

Bereits seit Beginn bzw. wenige Jahre nach Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) kamen für die genannten Leistungsbereiche Selbstbeteiligungen zur Anwendung. Im Laufe der Jahre wurden die Zuzahlungen, insbesondere bei Arzneimitteln, immer wieder erhöht sowie die Regelungen geändert. In den frühen 90er-Jahren wollte der italienische Staat auch für Krankenanstalten, Notfallsambulanzen und niedergelassene Allgemeinmediziner („Familienärzte“, vgl. Punkt 8.1.2) Selbstbeteiligungen einführen, diese Bestimmungen wurden aber infolge der Proteste der Bevölkerung nach kurzer Zeit wieder rückgängig gemacht.

Seit den frühen 90er-Jahren werden bei Selbstbeteiligungen sowie bei privaten Ausgaben für Gesundheitsleistungen steuerliche Begünstigungen gewährt. Mit dieser Maßnahme wollte der italienische Staat zum einen die privat finanzierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fördern, zum anderen den Patienten die Belastung durch die Selbstbeteiligungen (fast ein Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2000, vgl. Punkt 14.2.5) erleichtern.

Die Zuzahlungen und die private Finanzierung des Gesundheitswesens wurden immer stärker zu einem politischen Thema. Mit dem noch von der damaligen Linksregierung beschlossenen Finanzgesetz für das Jahr 2001 schien schließlich eine Trendwende eingeleitet worden zu sein: Die seit Beginn des SSN bestehende Rezeptgebühr bei Arzneimitteln wurde Anfang 2001 abgeschafft, und die Höhe der Selbstbeteiligung für diagnostische Untersuchungen und für Facharztkonsultationen sollte ab 2002 halbiert und ab 2003 gänzlich abgeschafft werden. Doch der Regierungswechsel im Frühjahr 2001 verhinderte die Umsetzung dieser Pläne. Die Reduzierung und darauf folgende Abschaffung der Selbstbeteiligungen für diagnostische Untersuchungen und Facharztkonsultationen wurden um ein Jahr verschoben.

Seit Anfang 2002 ist es den Regionen, denen ja mittlerweile die Finanzverantwortung übertragen worden war, freigestellt, von den Patienten „Maßnahmen zur Eigenbeteiligung an den Gesundheitsausgaben“ einzuheben. Somit können nun in sämtlichen Leistungsbereichen jeweils zwanzig unterschiedliche regionale Selbstbeteiligungsregelungen eingeführt werden. Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist zur Zeit im Gange.

8.2.2 Ambulante Leistungen

Ambulante Leistungen der Primärversorgung, also etwa die Inanspruchnahme der „Familienärzte“ (vgl. Punkt 8.1.2), werden im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes in allen Regionen bislang zuzahlungsfrei angeboten.

Der Besuch von Fachärzten und die Inanspruchnahme diagnostischer Untersuchungen, welche der Überweisung durch den Familienarzt bedürfen (Gatekeeping-Prinzip), sind pro Leistungsanspruchnahme mit einer Selbstbeteiligung bis zu 100 Prozent mit einer Höchstgrenze von € 36,- pro Leistung verbunden. Die im Finanzgesetz für 2001 vorgesehene Reduzierung dieser Selbstbeteiligung auf etwa die Hälfte ab 2002 und ihre gänzliche Abschaffung im darauffolgenden Jahr wurde um ein Jahr verschoben (vgl. Punkt 8.2.1). Daher gilt im Jahr 2002 eine Selbstbeteiligung in der Höhe von maximal € 36,- pro Jahr wie im Jahr 2001, und der zur Zeit vorgesehene Fahrplan lautet: eine Selbstbeteiligung für fachärztliche Leistungen und medizinische Untersuchungen von € 12,- ab 2003 und die Abschaffung dieser Zuzah-

lungen ab 2004. Es ist allerdings anzuzweifeln, ob es wirklich dazu - und nicht im Gegenteil zu einer Beibehaltung und Erhöhung der Zuzahlungen kommt, da im Jahr 2002 der Trend in einigen Regionen in Richtung Einführung von Selbstbeteiligungen in bisher zuzahlungsfreien Leistungsbereichen (z. B. Rettungstransporte, Tageskliniken) geht. Bestimmte diagnostische Leistungen können seit 2001 ohne Selbstbehalt in Anspruch genommen werden (vgl. Abschnitt 8.3).

Aufgrund hoher Zuzahlungen, langer Wartelisten und der - insbesondere in den südlichen Regionen - als nicht zufriedenstellend erachteten Qualität nehmen immer mehr Italiener, vor allem im Süden, private fachärztliche Leistungen in Anspruch, deren Kosten sie zur Gänze selbst bzw. mittels einer privaten Krankenversicherung tragen. Vier Fünftel der diagnostischen Untersuchungen wurden 1999 von privaten Anbietern ohne Vertrag mit dem SSN erbracht.

8.2.3 Zahnärztliche Leistungen

Patienten können bei „konventionierten“ Zahnärzten (mit einem Vertrag mit dem SSN) und bei Gesundheitszentren des Nationalen Gesundheitsdienstes die Standard-Zahnbehandlung (Prophylaxe, Zahnziehen) zuzahlungsfrei in Anspruch nehmen.

Weitere zahnärztliche Leistungen (z. B. Kieferorthopädie, Zahnersatz) fallen in den meisten Regionen nicht unter den Leistungskatalog des SSN. Die Tarife für diese Leistungen müssen die Patienten zur Gänze selbst bezahlen.

8.2.4 Spitalsambulanzen

Für die Spitalsambulanzen gelten die unter Punkt 8.2.2 ausgeführten Bestimmungen. Fachärztliche Konsultationen und diagnostische Untersuchungen sind mit einer Selbstbeteiligung von maximal € 36,- pro Inanspruchnahme (2002) verbunden.

8.2.5 Arzneimittel

Seit Jahren musste beim Bezug von verordneten Arzneimitteln eine Rezeptgebühr bezahlt werden. Diese war im Laufe der 90er-Jahre stetig erhöht sowie in ihrer Ausgestaltung modifiziert worden. Im Jahr 2000 betrug sie bei einem Rezept mit nur einer Verordnung € 1,55, bei Rezepten mit zwei oder mehr Verordnungen € 3,10. Chronisch Kranke mit Dauermedikation mussten - unabhängig von der Anzahl der aufgelisteten Verordnungen - eine fixe Rezeptgebühr von € 0,52 leisten. Zu Beginn des Jahres 2001 wurde, wie bereits im Überblick unter Punkt 8.2.1 erwähnt, die (nationale) Rezeptgebühr abgeschafft.

Mit dem Finanzgesetz für das Jahr 2002 wurde den Regionen erlaubt, eine eigene Rezeptgebühr einzuführen. Von dieser Option machten im Laufe des Frühjahrs und Sommers 2002 mehrere der insgesamt zwanzig Regionen Gebrauch. Die regionalen Rezeptgebühren bewegen sich zwischen einem und vier Euro. Ein Wiedereinführen einer nationalen Rezeptgebühr ist laut einer im Sommer 2002 getätigten Aussage des Gesundheitsministers nicht geplant.

Tabelle 8.1: Italien - Regionale Selbstbeteiligungsregelungen für Arzneimittel 2002

Region	Selbstbeteiligung ¹			Inkrafttreten
	Fixe Gebühr	Proportionale SB	Delisting ²	
Piemont	€ 2,- / Pkg. bis max. € 4,- / Rezept	-	-	4.4.2002
Ligurien	€ 2,- / Pkg. bis max. € 4,- / Rezept	20 % für AM in B1 50 % für AM in B2 ³	-	21.3.2002
Lombardei	-	-	AM der Klasse B1 + B2 in Klasse C	1.4.2002
Autonome Provinz Bozen	€ 2,- / Pkg. bis max. € 4,- für 2 oder mehr Pkg.	-	-	1.7.2002
Venetien	€ 1,- / Rezept	€ 0,90 / Pkg. für AM in B1 € 0,90 / Pkg. für AM in B2 ⁴	-	11.3.2002
Emilia-Romagna	-	-	Regionale AM-Liste in Klasse C	15.4.2002
Abruzzen	einkommensabhängige Gebühr von € 2,-, € 3,- oder € 4,- / Pkg.	€ 1 / Pkg. für AM in B1 € 3 / Pkg. für AM in B2 ⁴	-	1.5.2002
Latium	€ 1,- / Pkg. bei AM auf regionaler Liste bei Preis über € 5,-	30 % bei AM auf ande- rer regionaler Liste	Weitere regionale AM- Liste in Klasse C	1.2.2002
Molise	€ 1,- / Pkg. bis max. € 3,- / Rezept bei AM mit Preis über € 5,-	20 % für AM in B1 50 % für AM in B2 ⁴	-	16.8.2002
Kampanien	-	-	Einige AM aus Klasse B1 + B2 in Klasse C	9.8.2002
Apulien	-	-	AM der Klasse B1 + B2 in Klasse C	16.3.2002
Kalabrien	€ 1,- / Pkg.	20 % für AM in B1 50 % für AM in B2 ⁴	-	1.2.02 (Ge- bühr) 1.8.2002 (prop.)
Sizilien	€ 1,55 / Rezept bzw. € 3,10 / VO von mehre- ren Pkg. auf Rezept für AM in Klasse A und B1	50 % für AM in B2	-	8.7.2002
Sardinien	-	20 % für AM in B1 50 % für AM in B2	-	1.5.2002

AM = Arzneimittel, max. = maximal, Pkg. = (verordnete) Packung, prop. = proportional, SB = Selbstbeteiligung, VO = Verordnung

¹ unter Außerachtlassung von Sonderregelungen (niedrigere Selbstbeteiligungssätze) für bestimmte Bevölkerungsgruppen, Arzneimittel, etc.

² Delisting: Arzneimittel der Klassen B1 und B2 werden der Klasse C zugeordnet = 100 Prozent Selbstbeteiligung

³ alternative Anwendung der fixen Gebühr und proportionalen Selbstbeteiligung; die niedrige Zuzahlung kommt zur Anwendung

⁴ proportionale Selbstbeteiligung zusätzlich zur Rezeptgebühr

Quellen: Federfarma 2002, PPR 4/2002; ÖBIG-eigene Recherchen und Darstellung

Im Jahr 2001 war auch eine Erstattungskategorie, die Klasse B (vgl. Punkt 8.1.5), abgeschafft worden. Für Arzneimittel, die dieser Klasse zugeordnet worden waren (etwa sieben Prozent des verschreibungsfähigen Marktes, im Wesentlichen orale Kontrazeptiva), hatten

die Patienten eine Zuzahlung von 50 Prozent zu leisten gehabt. Anfang 2002 wurden zwei neue B-Klassen eingeführt: Klasse B1 und B2 für „nicht-essentielle“ Arzneimittel. Diese beiden Listen umfassen knapp 700 Arzneimittel in 44 therapeutischen Gruppen. Die Regionen haben nun das Recht,

- für Arzneimittel in Klasse B1 Zuzahlungen von 10 bis 20 Prozent und
- für Arzneimittel in Klasse B2 Zuzahlungen von 21 bis 50 Prozent

zu fordern.

Auch diese Möglichkeit haben einige Regionen genutzt, andere haben sich für die ebenfalls mögliche Option entschieden, die als „nicht-essentiell“ bewerteten Arzneimittel überhaupt nicht zu erstatten (Delisting) und somit eine Eigenbeteiligung von 100 Prozent zu fordern. Tabelle 8.1. gibt einen Überblick über die von den italienischen Regionen getroffenen Maßnahmen zu Arzneimitteln im Frühjahr und Sommer 2002.

Darüber hinaus müssen die Patienten für Arzneimittel, die unter das Referenzpreissystem fallen, die Differenz zwischen dem festgelegten Erstattungspreis - dem Referenzpreis - und dem Apothekenverkaufspreis sowie die Arzneimittel der Klasse C zur Gänze selbst bezahlen.

Einige Regionen (Ligurien, Piemont, Venezien), die eine Rezeptgebühr eingeführt hatten (zum Datum der Einführung vgl. Tabelle 8.1), meinten anhand der Daten für April 2002 deren Erfolg bei der Eindämmung der Arzneimittelausgaben nachweisen zu können, während andere Regionen (Lombardei, Lazium, Emilia-Romagna) trotz neuer Selbstbeteiligungen keinen Effekt feststellen konnten.

8.3 Ausnahmebestimmungen

Bis vor kurzem waren die Ausnahmebestimmungen für Selbstbeteiligungen grundsätzlich auf nationaler Ebene geregelt und betrafen im Wesentlichen Personen mit chronischen und seltenen Krankheiten, Behinderte sowie Schwangere. Die nationalen Gesetze für Patienten mit speziellen Krankheiten und Behinderten gelten auch im Jahr 2002 weiter. Weiters ist auf zentralstaatlicher Ebene geregelt, dass ausgewählte diagnostische Leistungen (Mammografie, PAP-Tests, etc.) von bestimmten Personengruppen in gewissen Zeitabständen zuzahlungsfrei in Anspruch genommen werden dürfen. Einen Überblick über Befreiungsregelungen in der nationalen Gesetzgebung vermittelt Tabelle 8.2.

Keinen Befreiungsgrund stellt in der nationalen Gesetzgebung das Einkommen von Personen dar, wenngleich diese Ausnahmeregelung in den 90er-Jahren diskutiert wurde. Unter dem Titel „Sanimetro“ hätte eine Koppelung der Höhe bzw. der Befreiung von Zuzahlungen an das Familieneinkommen erfolgen sollen, doch nach jahrelangen Überlegungen wurde diese Maßnahme schließlich nicht eingeführt.

Tabelle 8.2: Italien - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung¹ 2002

Befreiungsgrund	Ambulante ärztliche Leistungen²	Zahnärztliche Leistungen³	Spitalsambulanzen²	Arzneimittel
Alter	-	-	-	-
Soziale Gründe	-	-	-	-
Krankheiten / Behinderung	Chronisch Kranke, Patienten mit seltenen Krankheiten, Behinderte	Chronisch Kranke, Patienten mit seltenen Krankheiten, Behinderte	Chronisch Kranke, Patienten mit seltenen Krankheiten, Behinderte	Chronisch Kranke, Patienten mit seltenen Krankheiten, Behinderte
Sonstige	bestimmte Untersuchungen (Mammografie, PAP-Test, Kolonoskopie) für bestimmte Patientengruppen ⁴	-	bestimmte Untersuchungen (Mammografie, PAP-Test, Kolonoskopie) für bestimmte Patientengruppen ⁴	-

SB = Selbstbeteiligung

¹ in nationaler Gesetzgebung; darüber hinaus seit 2002 eigene Regelungen der 20 Regionen

² Selbstbeteiligung bei Konsultation von Fachärzten und diagnostischen Untersuchungen

³ nur Standard-Zahnbehandlung (Prophylaxe, Zahnziehen) ist im Leistungskatalog des SSN

⁴ Mammografie alle zwei Jahre für Frauen zwischen 45 und 69 Jahren, PAP-Tests alle drei Jahre für Frauen zwischen 25 und 65 Jahren, Kolonoskopie alle fünf Jahre für Personen ab 45 Jahre und Risikopatienten, bestimmte Vorsorgeuntersuchungen für Risikopatienten

Quellen: CISL 2001, Federfarma 2002, Ministero della Sanità 2002b; ÖBIG-eigene Erhebungen

Da im Rahmen des Regionalisierungsprozesses die Regionen seit 2002 eigene Selbstbeteiligungsregelungen einführen dürfen, können diese auch entsprechende Befreiungen enthalten. Eine Durchsicht der regionalen Ausnahmebestimmungen zeigt, dass sich die Regionen zum Teil an den zentralstaatlich vorgegebenen Kriterien Behinderung und Krankheiten orientieren und für davon Betroffene, etwa für Blinde, Befreiungen vorsehen. In einigen regionalen Gesetzgebungen werden weitere Personengruppen (z. B. Pensionisten, Menschen unter einem bestimmten Einkommen, aber auch Opfer von organisierter Kriminalität und Terrorismus) in den Ausnahmeregelungen berücksichtigen.

Eine im Jahr 2002 durchgeführte Meinungsumfrage über den Zweck der Selbstbeteiligungen zeigt, dass sich die Meinungen bezogen auf die beiden vorgegebenen Antwortmöglichkeiten „Selbstbeteiligungen dienen für Einsparungen bei den öffentlichen Ausgaben“ und „Selbstbeteiligungen tragen dazu bei, dass die Patienten auf den Konsum von unnötigen Arzneimitteln verzichten“ quasi gleich verteilen. Eine differenziertere Auswertung zeigt, dass vor allem jüngere Menschen sowie die Bevölkerung aus dem (reicheren) Nordwesten die Zuzahlungen als reine Finanzbeschaffungsmaßnahme sehen.

9 Niederlande

9.1 Gesundheitssystem

9.1.1 Organisation

Das niederländische Gesundheitssystem ist ein Mischsystem aus öffentlicher und privater Krankenversicherung, das auf drei Säulen basiert:

1. Gesetzliche Krankenversicherung für Langzeiterkrankungen (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ)

Die erste Säule, die Basisversicherung nach dem AWBZ, deckt die Ausgaben für chronische und kostenintensive Krankheiten, welche vom Einzelnen oder einer Privatversicherung kaum nicht getragen werden können.

De facto ist die gesamte Bevölkerung, unabhängig von der Staatsbürgerschaft, im Rahmen der AWBZ pflichtversichert. Es besteht keine Wahlmöglichkeit zwischen den Versicherungsträgern.

2. Gesetzliche Krankenversicherung für Akuterkrankungen (Ziekenfondswet, ZFW)

Nach dem Krankenkassengesetz (Ziekenfondswet, ZFW) werden die Aufwendungen für die „übliche notwendige medizinische Versorgung“ abgedeckt.

Die gesetzliche Krankenversicherung nach dem ZFW ist für Arbeitnehmer bis 65 Jahren bis zu einer jährlichen Einkommensgrenze (€ 30.700,- im Jahr 2002) verpflichtend. Für Pensionisten über 65 Jahre gilt seit Anfang 1998 die „blijf zitten waar je zit“-Regel („Bleib, wo du bist“), das heißt, dass jene, die zuvor bei der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Krankenkassengesetz versichert waren, weiterhin - unabhängig von ihrem Einkommen - bei der ZFW-Krankenversicherung verbleiben.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird von knapp 40 Krankenkassen angeboten, die Versicherten können ihre Krankenkasse frei wählen sowie einmal im Jahr wechseln. Zirka 64 Prozent der niederländischen Bevölkerung sind unter der ZFW-Krankenversicherung pflichtversichert.

3. Private Krankenversicherung

Wer weder Krankenversicherungsschutz nach dem ZFW-Schema genießt noch im Rahmen der Versicherung für die öffentlich Bediensteten (zirka fünf Prozent) abgedeckt ist, kann sich - muss aber nicht - bei einer der zahlreichen privaten Krankenversicherungen versichern lassen. Rund 31 Prozent der Bevölkerung sind unter der ZFW privat versichert.

Durch private Krankenversicherungen können ZFW-Versicherte ergänzend weitere Gesundheitsrisiken, die über die „notwendige medizinische Versorgung“ hinausgehen, abdecken. Mehr als 90 Prozent aller Pflichtversicherten nach dem ZFW haben eine private Zusatzversicherung abgeschlossen.

Die Kompetenz für die gesetzliche Krankenversicherung liegt beim Ministerium für öffentliche Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS), das auch für die Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen verantwortlich ist. In den letzten Jahren wurden allerdings einige Kompetenzen im Gesundheitswesen von der zentralstaatlichen Ebene hin zu den Provinzen und Gemeinden verlagert.

9.1.2 Ambulanter Leistungsbereich

Die ambulante ärztliche Betreuung liegt größtenteils in den Händen von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, die in Einzelordinationen tätig werden. Daneben gibt es immer mehr Gruppenpraxen und Gesundheitszentren, wo neben dem Allgemeinmediziner Sozialarbeiter, Physiotherapeutinnen und manchmal auch Hebammen gemeinsam wirken.

Die ambulante Versorgung ist im Rahmen eines Hausarztsystems organisiert. Die Patienten schreiben sich bei ihrem frei wählbaren Hausarzt ein, mit der Zustimmung ihrer Krankenkasse können sie den Hausarzt wechseln.

Der Hausarzt fungiert als primäre Anlaufsstelle für die Patienten und wirkt als „Gatekeeper“, das heißt, Patienten können die schwerpunktmäßig in den Krankenanstalten angesiedelten Fachärzte (vgl. Punkt 9.1.4) und die stationäre Versorgung nur mit einer Überweisung des Hausarztes in Anspruch nehmen. Allerdings werden Patienten nur in sechs Prozent der Fälle zu einem Facharzt überwiesen, meist übernimmt der Hausarzt selbst die Behandlung. Die Niederlande rühmen sich einer niedrigen Verordnungsrate: Nur bei etwa zwei Drittel der Arztkontakte wird eine Verschreibung ausgehändigt, und Arzneimittel werden nur bei zirka der Hälfte der Diagnosen verordnet (European Observatory on Health Care Systems 2000). All dies unterstreicht die hohe Bedeutung des Hausarztes im niederländischen Gesundheitssystem.

Die Gesamtärztedichte (Allgemein- und Fachärzte ambulant und stationär) ist mit 3,2 Ärzten pro 1.000 Einwohner (OECD Gesundheitsdaten 2002) im EU-Vergleich eher niedrig.

9.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich

Alle Zahnärzte bieten ihre Leistungen in privaten Einzelordinationen an, 90 Prozent von ihnen verfügen über einen Kassenvertrag. Anfang 1995 wurde der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (ZFW) auf die Zahnbehandlung bei Kindern sowie auf prophylaktische Leistungen und spezielle chirurgische Eingriffe bei Erwachsenen eingeschränkt (vgl. Punkt 9.2.3).

9.1.4 Spitalsambulanzen

Die ambulante fachärztliche Versorgung wird überwiegend durch Spitalsambulanzen gewährleistet. Ein Drittel der gesamten Arzt-Patientenkontakte im ambulanten Leistungsbereich (einschließlich der Hausärzte) entfällt auf Spitalsambulanzen.

Fast alle Krankenanstalten verfügen über Ambulanzen, wo die dort tätigen Fachärzte entscheiden, ob der Patient stationär aufgenommen oder in der Ambulanz bzw. in der Tagesklinik behandelt wird. Die Fachärzte in den Spitalsambulanzen erbringen diagnostische wie auch Behandlungsleistungen.

Wie unter Punkt 9.1.2 ausgeführt, gilt in den Niederlanden das Gatekeeping-Prinzip: Dadurch können die Patienten unter der gesetzlichen Krankenversicherung - abgesehen von Notfällen - eine Ambulanz oder eine Poliklinik eines Akutkrankenhauses nicht direkt aufsuchen. Für privat Versicherte gelten andere Regelungen, diese können Fachärzte auch direkt in Anspruch nehmen.

Die Niederlande verfügen über ein gut ausgebautes Spitalssystem. 90 Prozent der Krankenanstalten stehen in privater gemeinnütziger Trägerschaft, der Rest sind öffentliche (Universitäts-)Kliniken.

9.1.5 Arzneimittel

Für die Zulassung von Arzneimitteln im zentralisierten Verfahren ist - wie in den übrigen EU-Ländern - die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) zuständig. Auf nationaler Ebene ist dies Aufgabe der dem Gesundheitsministerium unterstellten Arzneimittelagentur (College ter beoordeling van Geneesmiddelen, CBG), die auch die Klassifizierung der Arzneimittel in rezeptpflichtige und -freie vornimmt. Anfang 2000 waren in den Niederlanden rund 10.400 Arzneimittel zugelassen.

Das Gesundheitsministerium, beraten durch eine unabhängige Expertenkommission (Commissie Farmaceutische Hulp, CFH), entscheidet über die Aufnahme von Arzneimitteln in das Erstattungssystem (Geneesmiddelen Vergoedingensysteem, GVS). Unter das GVS-System fallen zwei Positivlisten:

- Die Liste 1 A entspricht dem 1991 eingeführten Referenzpreissystem und enthält Arzneimittel, die als „austauschbar“ eingestuft wurden.
- Nicht dem Referenzpreissystem zugeordnete Arzneimittel können bei Erfüllung bestimmter therapeutischer und ökonomischer Kriterien in die Liste 1 B aufgenommen werden.

Die liberalen Niederlande hatten lange Zeit keine Regelung der Herstellerpreise. Seit 1996 gibt es jedoch eine gesetzliche Höchstpreisregelung für erstattungsfähige Arzneimittel (bezogen auf den maximalen Apothekeneinstandspreis). Der Großhandel unterliegt grundsätzlich keiner gesetzlichen Spannenregelung, die Großhandelsspanne ist aber bei den erstattungsfähigen Arzneimitteln durch die Festlegung des Apothekeneinstandspreises (Großhan-

delspreises) de facto vorgegeben. Die Abgeltung der Apotheken für erstattungsfähige Arzneimittel ist Verhandlungsgegenstand zwischen der Aufsichtsbehörde für Preise im Gesundheitswesen (College Tarieven Gezondheidszorg, CTG) und Krankenkassen- sowie Apothekenvertretern.

Die Niederlande sind eines der führenden Generika-Länder in der EU. Bereits 1991 wurde die Generikasubstitution eingeführt, die allerdings nicht verpflichtend für den Apotheker gilt, sondern - im Gegenteil - mit einem finanziellen Anreiz ausgestattet ist: Der Apotheker kann anstelle des verordneten Originalpräparates ein günstigeres Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff (ein Generikum oder auch ein parallelimportiertes Arzneimittel) abgeben und darf dann ein Drittel des durch die Generikasubstitution eingesparten Betrags behalten (Stimulansregeling).

9.2 Selbstbeteiligung

9.2.1 Überblick

Die 90er-Jahre waren durch zahlreiche Reformen, die im Wesentlichen auf eine Kostendämpfung abzielten, gekennzeichnet. Dabei wurden Leistungen, etwa bei der zahnärztlichen Versorgung für Erwachsene (vgl. Punkt 9.1.3), aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen.

Eine weitere Sparmaßnahme war die Einführung der „allgemeinen Selbstbehaltregelung“ (Algemene Eigen-Bijdrageregeling, AEB) Anfang Jänner 1997: Die ZFW-Versicherten mussten dabei in mehreren Leistungsbereichen (Arzneimittel, ambulante fachärztliche Leistungen, etc.) eine Selbstbeteiligung von 20 Prozent bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von € 90,76 / NLG 100,- leisten.

Diese Selbstbehaltregelung wurde begleitend evaluiert (Krankenkassenrat 1998, vgl. auch Abschnitt 3.1): Dabei wurde festgestellt, dass die gewünschten Wirkungen (Finanzierungs- und Steuerungseffekt) nicht erzielt worden waren. Außerdem war die Regelung zu komplex ausgestaltet, und die Leistungsanbieter waren nicht ausreichend informiert worden.

Noch bevor die Evaluierung abgeschlossen war, wurden nach einer Regierungsneubildung die Selbstbeteiligungsbestimmungen widerrufen. Anfang 2000 trat die allgemeine Selbstbehaltregelung außer Kraft.

Die folgende Darstellung der Selbstbeteiligungsregelungen bezieht sich ausschließlich auf die gesetzliche Krankenversicherung.

9.2.2 Ambulante Leistungen

Die Leistungen der Allgemeinmediziner und Fachärzte sind im Leistungskatalog der ZFW enthalten und können zuzahlungsfrei in Anspruch genommen werden.

Auch unter der „allgemeinen Selbstbehaltregelung“, die für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung von 1997 bis 1999 galt (vgl. Punkt 9.2.1), waren die Leistungen der Hausärzte explizit von der Selbstbeteiligung ausgenommen.

9.2.3 Zahnärztliche Leistungen

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (ZFW) wurde in den 90er-Jahren bei den Erwachsenen in starkem Maße eingeschränkt (vgl. Punkt 9.1.3).

Prophylaktische Leistungen sowie kleinere Eingriffe (Zahnziehen) können erwachsene ZFW-Versicherte maximal einmal im Jahr zuzahlungsfrei in Anspruch nehmen. Alle weiteren Leistungen müssen die Patienten zur Gänze selbst bezahlen bzw. werden im Allgemeinen von privaten Versicherungen abgedeckt, welche die meisten ZFW-Versicherten abgeschlossen haben (vgl. auch Punkt 9.1.1). Es gibt ein breites Angebot an privaten Versicherungen mit unterschiedlichem Leistungsangebot, zum Teil müssen die Patienten bei den privaten Zusatzversicherungen wiederum Selbstbeteiligungen bei einzelnen zahnärztlichen Leistungen zahlen.

Bei Personen mit bestimmten Zahnbeschwerden sind zusätzliche zahnärztliche Leistungen im ZFW-Schema abgedeckt.

Die zahnärztliche Versorgung bei Kindern bis zu 18 Jahren ist Teil des Leistungskatalogs des ZFW.

9.2.4 Spitalsambulanzen

Die Spitalsambulanzen spielen, wie unter Punkt 9.1.4 ausgeführt, eine wichtige Rolle in den Niederlanden, da die ambulanten fachärztlichen Leistungen fast ausschließlich in den Ambulanzen erbracht werden.

Die ZFW-Versicherten können die Spitalsambulanzen ohne Leistung einer Selbstbeteiligung in Anspruch nehmen. Die Steuerung erfolgt über die Hausärzte, deren Überweisung im Allgemeinen Voraussetzung für die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen ist.

9.2.5 Arzneimittel

Die ZFW-Versicherten müssen bei Arzneimitteln, die unter das Referenzpreissystem (Liste 1 A) fallen (vgl. Punkt 9.1.5), die allfällige Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem tatsächlichen Verkaufspreis bezahlen. Arzneimittel in Liste 1 B werden zu 100 Prozent von den Krankenkassen bezahlt.

Arzneimittel, die nicht unter das GVS-Erstattungssystem fallen, sind von den Patienten zur Gänze aus der eigenen Tasche zu bezahlen.

Weitere Selbstbeteiligungen kommen zur Zeit nicht (mehr) zur Anwendung, nachdem die Selbstbeteiligung von 20 Prozent unter der „allgemeinen Selbstbehaltregelung“, die auch Arzneimittel betroffen hatte, Anfang 2000 wieder abgeschafft wurde (vgl. Punkt 9.2.1).

9.3 Ausnahmebestimmungen

Im zahnärztlichen Bereich kommt ein Leistungsausschluss (Mengenregulierung) zum Tragen: Da zahlreiche zahnärztlichen Leistungen nicht im Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, müssen die Patienten meist die Kosten zur Gänze übernehmen (meist abgedeckt durch private Zusatzversicherungen). Nur für Kinder und Patienten mit bestimmten Beschwerden, die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung stehen, wird eine erweiterte Leistungspalette der ZFW angeboten (vgl. Tabelle 9.1).

Für die Arzneimittel unter dem Referenzpreissystem und für nicht-erstattungsfähige Arzneimittel fallen Zuzahlungen der Patienten an. Ausnahmebestimmungen sind dafür nicht vorgesehen.

Tabelle 9.1: Niederlande - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002

Befreiungsgrund	Ambulante ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen ¹	Spitalsambulanzen	Arzneimittel
Alter	<i>keine SB</i>	Kinder unter 18 Jahren ²	<i>keine SB</i>	-
Soziale Gründe	<i>keine SB</i>	-	<i>keine SB</i>	-
Krankheiten / Behinderung	<i>keine SB</i>	bestimmte Zahnbeschwerden ³	<i>keine SB</i>	-
Sonstige	<i>keine SB</i>	-	<i>keine SB</i>	-

SB = Selbstbeteiligung

¹ nur prophylaktische Leistungen und kleinere Leistungen sind Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (ZFW)

² alle Leistungen sind im Pflichtkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (ZFW) abgedeckt

³ erweiterter Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (ZFW)

Quellen: ÖBIG-eigene Erhebungen (College voor Zorgverzekeringen, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg)

Unter der von 1997 bis 1999 gültigen „allgemeinen Selbstbehaltregelung“ waren keine Ausnahmebestimmungen vorgesehen. Lediglich die jährliche Höchstgrenze war für einkommensschwache Personen halb so hoch wie für die übrige Bevölkerung angesetzt worden.

10 Österreich

10.1 Gesundheitssystem

10.1.1 Organisation

Das österreichische Gesundheitswesen ist als Sozialversicherungssystem konzipiert, das die Leistungsbereiche der Pensions-, Unfall- und Krankenversicherung abdeckt. Die Sozialversicherung ist als Pflichtversicherung - Zugehörigkeit zu einem Sozialversicherungs- bzw. Krankenversicherungsträger tritt automatisch kraft Gesetzes ein, keine Wahlmöglichkeit zwischen den einzelnen Trägern - und als Selbstverwaltungskörperschaft organisiert. Die Sozialversicherung untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG). Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt überwiegend über lohnbezogene Beiträge, wenngleich im Krankenanstaltensektor auch Steuermittel zum Einsatz kommen.

Die soziale Krankenversicherung ist in 23 Krankenversicherungsträger - einerseits regional und andererseits nach Berufsgruppen gegliedert - organisiert. Als Dachorganisation fungiert der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVST). Seine Aufgaben sind im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt und umfassen neben der Koordinierungsfunktion u. a. die Erstellung von Richtlinien und den Abschluss von Gesamtverträgen mit den Interessenvertretungen der Leistungsanbieter (Ärzte und andere Vertragspartner). Die Krankenversicherungsträger handeln auf Basis von Bundesgesetzen. Länder und Gemeinden können die Sicherung ihrer Bediensteten in Krankenfürsorgeanstalten (KFA) übernehmen.

Im Jahr 2001 waren rund 8,0 Millionen Personen bzw. 99 Prozent der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt, davon entfielen rund zwei Drittel auf beitragsleistende Versicherte, knapp über 30 Prozent auf beitragsfrei mitversicherte Angehörige und 2,5 Prozent auf in den Krankenfürsorgeanstalten (KFA) Versicherte.

Regelungen über den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich in mehreren Gesetzen. Der Großteil der Versicherten ist nach dem ASVG versichert, dabei handelt es sich in erster Linie um alle unselbstständig Beschäftigten. Pragmatisierte Beamte des Bundes, der Länder und der Gemeinden - soweit nicht eine Krankenfürsorgeanstalt zuständig ist -, Vertragsbedienstete sowie seit 1.1.2000 Gemeindevertreter sind nach dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) versichert. Die selbstständig Erwerbstätigen in der gewerblichen Wirtschaft fallen unter das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) und selbstständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft unter das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG). 79,5 Prozent der Krankenversicherten sind nach dem ASVG, 9,3 Prozent nach dem B-KUVG, 6,3 Prozent nach dem GSVG und 4,9 Prozent nach dem BSVG versichert (2000). In diesem Kapitel werden die Regelungen zu Selbstbeteiligungen für die genannten Versicherungsgruppen untersucht.

Die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung erfolgt überwiegend über Beiträge (rund 84 Prozent), die zu etwa gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht werden, etwas mehr als vier Prozent der Gesamteinnahmen der Krankenversicherungsträger stammen aus Selbstbeteiligungen, das sind Gebühren, Behandlungsbeiträge und Kostenanteile (2000).

Die Kompetenzen im österreichischen Gesundheitswesen sind zwischen Bund und den neun Bundesländern aufgeteilt. Der Bund ist insbesondere zuständig für die Regelung der Berufsausübung in den medizinischen und pflegerischen Berufen, für Arzneimittel, für die Sozialversicherungsgesetze und fungiert als Aufsichtsorgan der Sozialversicherung. Im Krankenanstaltenwesen - also dem stationären Sektor - hat der Bund Rahmengesetze zu verabschieden, für die Ausführung und Vollziehung des Krankenanstaltenwesens sind jedoch im Wesentlichen die neun Bundesländer verantwortlich, im niedergelassenen Bereich wirkt die Sozialversicherung als zentraler steuernder Akteur.

10.1.2 Ambulanter Leistungsbereich

Die ambulante medizinische Gesundheitsversorgung liegt überwiegend in den Händen der rund 13.300 freiberuflich tätigen Allgemein- und Fachärzte (2001, ohne Zahnärzte), die überwiegend in Einzelpraxen tätig sind. Erst seit kurzem sind auch Gruppenpraxen erlaubt. Für die primäre Versorgung stehen in eingeschränktem Umfang die Spitalsambulanzen in den Krankenanstalten zur Verfügung (vgl. Punkt 10.1.4).

Für Ärzte gilt Niederlassungsfreiheit. Es sind prinzipiell zwei Kategorien von Ärzten zu unterscheiden:

- Ärzte, die in einer Vertragsbeziehung mit der sozialen Krankenversicherung stehen (Kassen- bzw. Vertragsärzte), und
- Ärzte, die keine Vertragsbeziehung mit der sozialen Krankenversicherung haben (Wahlärzte).

Im Jahr 2001 standen etwa zwei Drittel der freiberuflich tätigen Ärzte (ohne Zahnärzte) in einem Vertragsverhältnis mit der sozialen Krankenversicherung, sind also „Kassen- bzw. Vertragsärzte“.

Bei Inanspruchnahme von Kassenärzten gilt das Sachleistungsprinzip, ansonsten das Kostenerstattungsprinzip. Wird ein Wahlarzt aufgesucht, erstattet die Krankenversicherung den Patienten 80 Prozent jenes Betrages, den sie bei Inanspruchnahme eines Kassen- bzw. Vertragsarztes aufgewendet hätte.

Die Patienten können ihren Arzt frei wählen (Prinzip der Wahlfreiheit). Innerhalb eines Abrechnungszeitraumes (meist Quartal) kann der Patient jedoch den Arzt, dem er seinen Krankenschein vorgelegt hat, nicht wechseln.

Ärzten für Allgemeinmedizin kommt eine gewisse „Gatekeeper-Funktion“ zu und zwar dann, wenn sie die Patientenströme durch Überweisungen steuern können. Dies ist der Fall, wenn

mehrere Fachärzte pro Abrechnungsperiode aufgesucht werden bzw. Krankenhausaufenthalte und/oder Behandlungen in Spitalsambulanzen erforderlich sind.

Die Anzahl aller berufstätigen Ärzte (Allgemein- und Fachärzte im ambulanten und stationären Bereich) nahm seit Beginn der 90er-Jahre ständig zu, und zwar von 25.971 (Ende 1990) auf 35.738 (Ende 2001); im niedergelassenen Bereich stieg die Anzahl der Ärzte von 10.774 auf 13.314 an. Die Gesamtärztedichte (praktizierende Allgemein- und Fachärzte) liegt mit 3,1 Ärzten pro 1.000 Einwohner unter dem EU-Durchschnitt (siehe Punkt 14.2.2).

10.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich

Zahnärztliche Versorgung wird über freiberuflich praktizierende Zahnärzte, Dentisten und in den 85 Zahnambulatorien (Stand 2000) der Krankenkassen angeboten. Seit der Novelle des Dentistengesetzes vom März 1999 sind nunmehr auch Dentisten zur Ausübung sämtlicher zahnärztlicher Tätigkeiten berechtigt. Ende 2001 waren somit 3.467 Zahnbehandler (Zahnärzte und Dentisten) freiberuflich tätig, davon hatten 3.091 bzw. rund 89 Prozent einen Kassenvertrag (siehe Punkt 10.1.2). Wie bei den niedergelassenen Ärzten (vgl. Punkt 10.1.2) gilt für die Inanspruchnahme eines Kassenzahnarztes das Sachleistungsprinzip, bei Inanspruchnahme eines Wahlzahnarztes das Kostenerstattungsprinzip. Wird ein Wahlarzt aufgesucht, erstattet die Krankenversicherung den Patienten 80 Prozent jenes Betrages, den sie bei Inanspruchnahme eines Kassen- bzw. Vertragsarztes aufgewendet hätte.

Im Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes werden in den einzelnen Versicherungsgesetzen (ASVG, B-KUVG, GSVG, BSVG) nur die Rahmenbedingungen für den Leistungsanspruch und eine allfällige Kostenbeteiligung der Patienten geregelt. Detaillierte Bestimmungen finden sich in den Satzungen der einzelnen Krankenversicherungsträger. Daher kann der Leistungsanspruch bei zahnärztlichen Leistungen und die entsprechenden Kostenbeteiligungen der Patienten je nach Versicherungsträger unterschiedlich sein (vgl. Tabelle 10.1).

10.1.4 Spitalsambulanzen

Einen Beitrag zur Akutversorgung leisten die Ambulanzen in den Fachabteilungen der Krankenanstalten. Ende 2000 gab es 321 Krankenanstalten mit 70.300 tatsächlich aufgestellten Betten. Im internationalen Vergleich weist Österreich eine relativ hohe Bettendichte auf. Mehr als zwei Drittel der Spitalsbetten (70 Prozent) werden in den 141 öffentlichen Krankenanstalten vorgehalten. Zusätzlich gibt es weitere 38 private Spitäler (mit acht Prozent der Betten), die ebenfalls gemeinnützig - das heißt nicht gewinnorientiert - arbeiten. Insgesamt umfasst der gemeinnützige Spitalsbereich 179 Krankenhäuser (56 Prozent mit 78 Prozent der Betten). Die Krankenanstalten befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft, wobei die Länder bzw. Landesgesellschaften mit 29 Prozent der Spitäler bzw. 51 Prozent der Betten die größten Träger sind. Weiters sind Gemeinden, Glaubensgemeinschaften, Krankenkassen, Versicherungsanstalten und Privatpersonen Träger von Krankenanstalten.

In den Krankenanstalten gibt es ungefähr 1.500 Ambulanzen. Laut Gesetz dienen die Spitalsambulanzen der Notfallversorgung im jeweiligen medizinischen Sonderfach und zur Abklärung von schwierigen, mit höherem apparativen Aufwand verbundenen Diagnosen, zu deren Erstellung die Praxen der niedergelassenen Ärzte nicht eingerichtet sind. In der Realität wurden diese Ambulanzen vor allem in städtischen Gebieten in zunehmenden Maße und als Alternative zum niedergelassenen Arzt in Anspruch genommen. Die Anzahl der Fälle in den Spitalsambulanzen stieg kontinuierlich an (um 35 Prozent zwischen 1990 und 1998). Aufgrund der Ausweitung dieses Leistungsbereiches und der oftmaligen Überlastung von Ambulanzen wurde mit 19.4.2001 eine Kostenbeteiligung für die Inanspruchnahme der Ambulanzen für ASVG-Versicherte (bei den anderen Versicherungsträgern B-KUVG, GSVG, BSVG bestanden bereits Zuzahlungsregelungen, vgl. Punkt 10.2.4) - der sogenannte Behandlungsbeitrag-Ambulanz - eingeführt. Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz wurde mit der Intention eingeführt, die Patientenströme von den Ambulanzen zu den niedergelassenen Ärzten zu lenken (vgl. hierzu Kapitel 15 Behandlungsbeitrag-Ambulanz).

10.1.5 Arzneimittel

Für die Zulassung von Arzneimitteln im zentralisierten Verfahren ist die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) zuständig. Auf nationaler Ebene ist dies Aufgabe des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG), das vom Bundesinstitut für Arzneimittel (BIFA) unterstützt wird. Das BIFA ist für die Überprüfung der eingereichten Unterlagen und Präparatemuster der Unternehmen auf die nach dem Arzneimittelgesetz geforderten Nachweise der Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit zuständig. Eine beim BMSG angesiedelte Rezeptpflichtkommission stuft die Arzneimittel in die Kategorien rezeptpflichtig, rezeptfrei und apothekenpflichtig ein. Rezeptpflichtig sind Arzneimittel mit potenziell gefährlichen Eigenschaften. Das Gros der Arzneimittel - etwa 90 Prozent - darf nur über Apotheken verkauft werden, nur einige wenige rezeptfreie Arzneimittel wie Vitamine und Tees dürfen auch in Reformhäusern und Drogerien vertrieben werden.

Ende 2001 waren 12.443 (inkl. 2.262 apothekeneigene Präparate, unter Berücksichtigung unterschiedlicher Dosierungen und Darreichungsformen, exklusive unterschiedlicher Packungsgrößen) Arzneimittel in Österreich zugelassen. Tatsächlich am Markt verfügbar sind jedoch nur etwa die Hälfte der zugelassenen Präparate.

Die Arzneimittelpreise unterliegen einer gesetzlichen Regelung. Grundlage dafür ist das Preisgesetz, wonach das BMSG unter Beiziehung eines beratenden Organs (Preiskommission) berechtigt ist, einen „volkswirtschaftlich gerechtfertigten Höchstpreis“ festzusetzen. Nach einer Vereinbarung vom September 1999 änderte sich die Handhabung des Preisgesetzes. Seitdem müssen die Pharma-Unternehmen von sich aus keinen Antrag auf Preisgenehmigung stellen. Anstelle dessen wurde eine Meldepflicht eingeführt. Die Hersteller müssen den Fabriksabgabepreis eines neuen Arzneimittels oder eine Erhöhung desselben an das BMSG melden. Erfolgt innerhalb von sechs Wochen behördlicherseits keine Reaktion, gilt der gemeldete Preis. Auch die Großhandelsspannen und die Apothekenspannen unterliegen einer gesetzlichen Regelung. Aufgrund von Sparmaßnahmen wurden in den letzten Jahren wiederholt die Spannen des Großhandels und der Apotheken behördlicherseits gesenkt (vgl. hierzu ÖBIG 2001f).

Nach den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) müssen prinzipiell alle Arzneimittel, soweit sie „für eine ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung erforderlich sind“, von der Krankenversicherung erstattet werden. Bei den Erstattungsmodalitäten wird zwischen zwei Gruppen von Arzneimitteln unterschieden:

- Jene Arzneimittel, die im Heilmittelverzeichnis der Sozialversicherung aufgenommen sind, können von den Ärzten frei verschrieben werden. Das Heilmittelverzeichnis beinhaltet das Gros - etwa 60 Prozent - der in Österreich im Handel befindlichen Arzneimittel (exklusive apothekeneigene Arzneimittel). Wertmäßig handelt es sich etwa um 75 Prozent.
- Die Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherung für jene Arzneimittel, die nicht im Heilmittelverzeichnis angeführt sind, bedarf zusätzlich einer sogenannten chefarztlichen Bewilligung (Genehmigung durch die Krankenkasse).

Im Jahr 2000 waren von den insgesamt 101 Millionen Verordnungen 4,8 Prozent chefarztpflichtig, bezogen auf das Ausgabenvolumen der Krankenversicherungen für Arzneimittel belief sich der Anteil auf 15,4 Prozent.

10.2 Selbstbeteiligung

10.2.1 Überblick

Der „Leistungskatalog“ der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht explizit definiert. Das ASVG definiert den Begriff der Krankheit als „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“. Die Krankenbehandlung unterliegt dem „Ökonomiegebot“, das heißt, sie soll ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten. Sie soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederherstellen, festigen oder bessern. Zur Krankenbehandlung zählen die ärztliche Hilfe (und gleichgestellte Leistungen), Heilmittel und Heilbehelfe. Der Leistungskatalog im Bereich der Zahnbehandlung ist in den Satzungen geregelt. Die weiteren Versicherungsgesetze (B-KUVG, GSVG, BSVG) folgen im Wesentlichen den Vorgaben im ASVG.

Die Selbstbeteiligungen für einzelne Leistungsbereiche im Bereich der Krankenversicherung sind weitgehend vom Gesetzgeber in den Sozialversicherungsgesetzen geregelt. In einigen Leistungsbereichen gibt der Gesetzgeber den Versicherungsträgern jedoch nur einen Rahmen vor, innerhalb dessen sie ihre Leistungen auf Grundlage ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit konkretisieren können. Diese Leistungsausgestaltungen finden sich dann in den einzelnen Satzungen der Krankenversicherungsträger. Die Gestaltungsspielräume bringen es mit sich, dass Versicherte unterschiedliche Leistungen erhalten bzw. die Selbstbeteiligung verschieden hoch ist. Dies trifft vor allem auf Kieferregulierungen und Zahnersatz sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel zu.

10.2.2 Ambulante Leistungen

Patienten könnten ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich bei Vertragsärzten, Wahlärzten, in Vertragseinrichtungen der Versicherungsträger oder in Gruppenpraxen in Anspruch nehmen.

Auch bestimmte „nicht-ärztliche“ Leistungen zählen laut ASVG zur Krankenbehandlung, wenn diese den ärztlichen Leistungen gleichgestellt sind. Dazu gehören ärztlich verordnete Physiotherapie, logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder ergotherapeutische Behandlung sowie psychotherapeutische und psychologische Behandlung. In der Praxis gibt es in Teilbereichen der „nicht-ärztlichen“ Leistungen keine ausreichenden Vertragskapazitäten bzw. keinen Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Interessenvertretungen der Leistungsanbieter. In diesem Fall können die Versicherungsträger die Vergütungstarife bzw. die Höhe der Selbstbeteiligung in ihren Satzungen selbst festlegen.

ASVG-Selbstbeteiligung

Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (praktischer Arzt oder Facharzt) bei einem Vertragsarzt oder einer eigenen Einrichtung des Versicherungsträgers hat der Patient pro Quartal einen Krankenschein vorzulegen, den ihm der Dienstgeber ausstellt. Für jeden Krankenschein (ausgenommen Überweisungsscheine, Zuweisungsscheine) ist seit 1. Jänner 1997 eine Gebühr von € 3,63 (vgl. Tabelle 10.1) an den Dienstgeber bzw. an die sonst zur Ausstellung des Krankenscheines verpflichtete Stelle auf Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen.

Für die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen der Psychotherapeuten und der klinischen Psychologen gilt jedoch eine andere gesetzliche Selbstbeteiligungsregelung. So wurde mit dem Sozialrechtsänderungsgesetz 2000 im ASVG (in Kraft seit 1.10.2000) ein Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20 Prozent des jeweiligen Vertragshonorars eingeführt, für den Fall, dass mit der Interessenvertretung der Psychotherapeuten und klinischen Psychologen ein Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Diesen Selbstbehalt muss der Versicherte direkt an den Vertragspartner zahlen.

Es gibt derzeit jedoch für diesen Leistungsbereich noch keinen Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Interessenvertretung. Die Krankenkassen haben mit einzelnen Anbietervereinen von Psychotherapie Einzelverträge abgeschlossen. Diese Verträge sehen vor, dass jährlich ein bestimmtes Kontingent an Psychotherapiestunden auf Krankenschein verrechnet werden kann. Ansonsten gilt für diesen Bereich die Zuschussregelung: Psychotherapiepatienten, die nicht bei den „Anbietervereinen“ einen Platz bekommen und einen Psychotherapeuten ihrer Wahl aufsuchen, müssen das Honorar selbst bezahlen. Sie können bei der Krankenversicherung um einen Zuschuss ansuchen. Der Zuschuss beträgt im Jahr 2002 € 21,80 für eine 60-minütige Einzeltherapie, € 12,72 für eine 30-minütige Einzeltherapie, € 7,27 für eine 90minütige bzw. € 5,09 für eine 45-minütige Gruppentherapie (vgl. Anhang B).

B-KUVG-Selbstbeteiligung

Beamte bzw. Personen, die nach dem B-KUVG versichert sind, haben eine Selbstbeteiligung in Höhe von 20 Prozent des Vertragshonorars zu zahlen (vgl. Tabelle 10.1). In welchen Fällen diese Selbstbeteiligung zu leisten ist, wird in § 16 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA) taxativ aufgelistet: Konsultation eines Vertragsarztes, Diagnose- und Therapiegespräche, Röntgen, Computertomografie, Laboruntersuchungen, Physio- und Ergotherapie, klinisch-psychologische Diagnostik, Psychotherapie, EKG und ergometrische Untersuchungen.

Der 20-prozentige Behandlungsbeitrag wird von der BVA den Patienten vorgeschrieben, den sie per Erlagschein oder Einzugsermächtigung einzahlen bzw. überweisen müssen.

BSVG-Selbstbeteiligung

Versicherte nach dem BSVG haben bei Inanspruchnahme - wenn im BSVG nichts anderes bestimmt wurde - für Sachleistungen generell eine Selbstbeteiligung im Ausmaß von 20 Prozent der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten zu tragen. Mit dem Arbeits- und Sozialrechtsänderungsgesetz 1997 wurde aber beschlossen, dass die Anspruchsberechtigten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) von den Vertragsärzten zu den Konditionen der Gebietskrankenkassen zu behandeln sind. Damit ist der 20-prozentige Kostenanteil für bäuerliche Versicherte obsolet geworden. Statt dessen wurde ein Behandlungsbeitrag in Form einer festen Gebühr eingeführt, welcher wie bei den ASVG-Versicherten an ein nicht näher definiertes Leistungspaket - dem Krankenschein - anknüpft. Bei der Einführung Mitte 1998 betrug der Behandlungsbeitrag € 3,63, er wurde nach der angespannten Finanzsituation der SVB im Jahr 2000 erhöht und beträgt im Jahr 2002 € 6,81 (vgl. Tabelle 10.1).

Die SVB behält den Behandlungsbeitrag automatisch für die Pflichtversicherten von der Beitragsvorschreibung und für die Pensionisten von der Pensionszahlung ein.

GSVG-Selbstbeteiligung

In der gewerblichen Krankenversicherung entscheidet die Höhe der Einkünfte, ob der Versicherte sach- oder geldleistungsberechtigt ist. Liegt das Einkommen unter der „Sachleistungsgrenze“ (€ 45.779,99 im Jahr 2002), ist der Versicherte sachleistungsberechtigt. Liegt das Einkommen darüber, so kann er Geldleistungen (Vergütungen) in Anspruch nehmen. Sachleistungsberechtigte Versicherte und Pensionisten haben die Möglichkeit, eine Höherreihung zu beantragen, womit sie zu Geldleistungsberechtigten werden. Die Höherreihung kostet im Jahr 2002, zusätzlich zum Pflichtbeitrag, monatlich € 72,43 und schließt den Geldleistungsanspruch mitversicherter Ehepartner und Kinder ein.

Sachleistungsberechtigte haben bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei einem niedergelassenen Vertragsarzt der Gewerblichen Krankenversicherung eine Kostenbeteiligung von 20 Prozent der Behandlungskosten zu leisten. Die 20-prozentige Selbstbeteiligung wird erst nach Abrechnung des Arztes mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten. Bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes gilt die 80-prozentige Kostenerstattung des Tarifs eines Vertragsarztes.

Geldleistungsberechtigte können Ärzte als Privatpatienten in Anspruch nehmen. Sie sind nicht an die Vertragsärzte der SVA der gewerblichen Wirtschaft gebunden. Die ärztlichen Honorarnoten sind der SVA innerhalb von 42 Monaten ab Inanspruchnahme der Leistung zur Vergütung einzusenden. Der Kostenersatz für die Patienten erfolgt nach einem Vergütungstarif, der in der Satzung der SVA der gewerblichen Wirtschaft explizit angeführt ist (Anlage 1 der Satzung der SVA der gewerblichen Wirtschaft: Vergütungstarif für ärztliche Hilfe gemäß § 85 Abs. 2 lit. C GSVG im Zusammenhalt mit § 91 GSVG). Es dürfen jedoch höchstens 80 Prozent der tatsächlich angefallenen Kosten vergütet werden, demnach besteht bei Geldleistungsberechtigten auch eine Selbstbeteiligung im Ausmaß von 20 Prozent.

10.2.3 Zahnärztliche Leistungen

Im Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sind in den einzelnen Versicherungsgesetzen nur die Rahmenbedingungen des Leistungsanspruchs und allfälliger Kostenbeteiligungen geregelt. Es wird auf die Satzungen der einzelnen Krankenversicherungsträger verwiesen.

Zahnmedizinische Leistungen umfassen grundsätzlich die konservierende und chirurgische Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Entfernung von Zahnstein, Extraktionen, operative Entfernung von Zähnen, Wurzelspitzenresektionen), den abnehmbaren Zahnersatz (Teilprothesen aus Kunststoff oder Metall sowie totale Kunststoffprothesen) und den festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Brücken, Stiftaufbauten und Implantate) sowie Kieferregulierungen (Zahnspangen), wenn durch sie eine Gesundheitsschädigung verhindert werden kann und sie nicht nur der Kosmetik dienen. Dabei handelt es sich im Allgemeinen um den abnehmbaren Zahnersatz. Kronen, Brücken, gegossene Stiftaufbauten und Implantate gelten als festsitzender Zahnersatz. Kieferregulierungen und unentbehrlicher Zahnersatz oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüssen zu den Leistungen der Zahnbehandlung müssen grundsätzlich vor Behandlungsbeginn von der Kasse genehmigt werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Mustersatzung 1999, § 35 ff.). Zu den Selbstbeteiligungsregelungen der einzelnen Versicherungsträger siehe Tabelle 10.1 und Anhang B.

Zahnmedizinische Leistungen können von den Patienten bei Vertragszahnärzten oder in Vertrags-Gruppenpraxen, bei Wahlzahnärzten oder in Wahl-Gruppenpraxen und in Ambulatorien (in eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger) in Anspruch genommen werden. Bei Inanspruchnahme von Wahlzahnärzten oder Wahl-Gruppenpraxen gilt bei allen Versicherungsträgern dieselbe Regelung wie bei der Inanspruchnahme von Wahlärzten (vgl. Punkt 10.1.2), nämlich eine Kostenerstattung von 80 Prozent des Honorars eines Vertragsarztes.

Die Verrechnungsmodalitäten zwischen Krankenkassen, Patienten und Leistungserbringern sind dieselben wie bei der Inanspruchnahme von allgemein- und fachärztlichen Leistungen (vgl. Punkt 10.1.2).

10.2.4 Spitalsambulanzen

Die ambulante Behandlung in Krankenanstalten (Spitalsambulanzen, vgl. hierzu auch Punkt 10.1.4) wird bei allen Versicherungsträgern als Sachleistung erbracht.

Für Versicherte nach dem BSGV, B-KUVG und GSVG bestanden bereits vor dem Jahr 2001 Selbstbeteiligungsregelungen für die Inanspruchnahme von Ambulanzen. Bei diesen Versicherten beträgt die Selbstbeteiligung 20 Prozent der Ambulanzpauschale, die der jeweilige Krankenversicherungsträger an die Krankenanstalt zu leisten hat. Die Höhe der Selbstbeteiligung für die Patienten variiert je nach Versicherungsträger, da unterschiedliche Ambulanzpauschalen gelten (vgl. Tabelle 10.1). Für ASVG-Versicherte wurde mit 19.4.2001 der Behandlungsbeitrag-Ambulanz eingeführt (vgl. hierzu Kapitel 15).

10.2.5 Arzneimittel

Im Jahr 1999 wurden etwas weniger als zwei Drittel der Arzneimittelausgaben im Apothekenmarkt durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert, die privaten Haushalte brachten etwas mehr als ein Drittel der Gesamtausgaben (Zuzahlungen in Form der Rezeptgebühr und Selbstmedikation) auf.

Das von einem Vertragsarzt der Sozialversicherungsträger verordnete Medikament oder - wenn es nicht im Heilmittelverzeichnis gelistet ist - von einem Chefarzt bewilligte Medikament (vgl. Punkt 10.1.5) kann von den Patienten in jeder Apotheke auf Rechnung der Krankenkasse bezogen werden. Der Patient hat eine fixe Rezeptgebühr pro Verordnung (Packung) in der Apotheke zu bezahlen, sie beträgt für alle Sozialversicherungsträger einheitlich € 4,14 (2002).

Das gewerbliche Sozialversicherungsrecht unterscheidet sich insofern von den anderen, als Geldleistungsberechtigte die Arzneimittel auf ein Privatrezept verschrieben bekommen, das heißt, der Anspruchsberechtigte bezahlt das Rezept in der Apotheke selbst und erhält nach Vorlage der saldierten Rechnung bei der SVA der gewerblichen Wirtschaft einen Kostenersatz im Ausmaß von 80 Prozent der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneिताxe abzüglich der Rezeptgebühr. Damit kann jedes Arzneimittel, auch jene, die nicht im Heilmittelverzeichnis gelistet sind (vgl. Punkt 10.1.5) ohne weiteres Verfahren (chefärztliche Genehmigung) bezogen werden. Geldleistungsberechtigte können Privatrezepte auf Kassenrezepte umschreiben lassen, wodurch sie die Möglichkeit haben, das Arzneimittel lediglich gegen Entrichtung der Rezeptgebühr in der Apotheke zu beziehen. Durch die Umschreibung des Rezeptes gelten aber die „Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherung und somit Chefarztpflicht für jene Arzneimittel, die nicht im Heilmittelverzeichnis aufgelistet sind.

Die Apotheke rechnet die verordneten Arzneimittel direkt mit den Krankenversicherungsträgern ab (Sachleistung, ausgenommen die geldleistungsberechtigten Versicherten in der gewerblichen Sozialversicherung). Die Rezeptgebühr besteht seit Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Jahr 1956 und deren Höhe wird laufend (jährlich) entsprechend einer Aufwertungszahl angepasst. Im Zuge von Finanzierungsengpässen bei den Krankenversicherungen wurde die Rezeptgebühr im August 1996 um 20 Prozent und im Oktober 2000 um rund 22 Prozent „außertourlich“ erhöht.

Tabelle 10.1: Österreich - Selbstbeteiligungen in der Krankenversicherung 2002

Leistungen	Arbeiter und Angestellte (ASVG)	Beamte (B-KUVG)	Bauern (BSVG)	Selbständige (GSVG)
Ärztliche Hilfe ¹				
Gesetzliche Grundlage	§ 135 ASVG	§ 63 B-KUVG	§ 80 BSVG	§ 86 GSVG
Leistungserbringung	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung/Kostenerstattung
Selbstbeteiligung	€ 3,63 Krankenscheingebühr (pro Quartal und Krankenschein) ²	20 Prozent des Vertragshonorars ²	€ 6,81 Behandlungsbeitrag (pro Quartal und Krankenschein) ²	Sachleistungsberechtigte: 20 Prozent des Vertragshonorars ² Geldleistungsberechtigte: keine Einschränkung auf Vertragsärzte; tarifmäßiger Kostenersatz (entsprechend den angeführten Tarifen in der Satzung) bis max. 80 Prozent des Rechnungsbetrages)
Zahnbehandlung/Zahnersatz				
Gesetzliche Grundlage	§ 153 ASVG	§§ 63, 69 B-KUVG	§§ 85, 95 BSVG	§ 86 GSVG
Leistungserbringung	Sachleistung und Kostenzuschüsse	Sachleistung und Kostenzuschüsse	Sachleistung und Kostenzuschüsse	Sachleistung/Kostenerstattung und Kostenzuschüsse
Selbstbeteiligung	Zahnbehandlung: € 3,63 Zahnscheingebühr (pro Quartal und Zahnschein) ² Zahnersatz: Prozentuelle Zuzahlungen gemäß Satzung ³	Zahnbehandlung + Kunststoffprothesen: 20 Prozent des Vertragshonorars ² Metallprothesen: 50 Prozent gemäß Satzung ³	Zahnbehandlung: € 6,81 Behandlungsbeitrag (pro Quartal und Zahnbehandlungsschein) ² Zahnersatz: prozentuelle Zuzahlungen gemäß Satzung (Kunststoffprothesen 25 Prozent, Metallprothesen 50 Prozent) ³	Sachleistungsberechtigte: 20 Prozent des Vertragshonorars für Zahnbehandlung und -ersatz ² ; 50 Prozent Selbstbeteiligung für Metallprothesen ³ Geldleistungsberechtigte: keine Einschränkung auf Vertragszahnärzte; tarifmäßiger Kostenersatz (entsprechend den angeführten Tarifen in der Satzung) bis maximal 80 Prozent des Rechnungsbetrages)
Spitalsambulanzen				
Gesetzliche Grundlage	§ 135a ASVG	§ 63 B-KUVG	§ 80 BSVG	§ 86 GSVG
Leistungserbringung	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung
Selbstbeteiligung	Mit Überweisung: € 10,9 pro Ambulanzbesuch ⁴ Ohne Überweisung: € 18,17 pro Ambulanzbesuch	20 Prozent der Ambulanzpauschale = € 5,81 pro Versicherungsfall und Quartal	20 Prozent der Ambulanzpauschale = € 11,31 pro Behandlungsfall und Quartal	20 Prozent der Ambulanzpauschale = € 15,21 pro Quartal und Krankenhaus keine Differenzierung zwischen Sach- und Geldleistungsberechtigten

Tabelle 10.1/Fortsetzung

Leistungen	Arbeiter und Angestellte (ASVG)	Beamte (B-KUVG)	Bauern (BSVG)	Selbständige (GSVG)
	Maximal: € 72,67 pro Kalenderjahr und Versicherten			
Arzneimittel				
Gesetzliche Grundlage	§ 136 ASVG	§ 64 B-KUVG	§ 86 BSVG	§§ 92 und 85 GSVG
Leistungserbringung	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung/Kostenerstattung
Selbstbeteiligung	€ 4,14 Rezeptgebühr pro Verordnung	€ 4,14 Rezeptgebühr pro Verordnung	€ 4,14 Rezeptgebühr pro Verordnung	Sachleistungsberechtigte: € 4,14 Rezeptgebühr pro Verordnung Geldleistungsberechtigte: Kostenerstattung von 80 % der Arzntaxe abzüglich Rezept- gebühr; Differenz zum Verkaufspreis trägt der Versicherte; keine Chefarztpflicht.

¹ Niedergelassene praktische Ärzte und Fachärzte. Für nicht-ärztliche Leistungen wie ärztlich verordnete Physiotherapie, logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder ergotherapeutische Behandlung, Psychotherapie, etc. gilt bei Fehlen einer vertraglichen Regelung die Kostenzuschussregelung nach § 38 der Mustersatzung des HVST (siehe Anhang B).

² Gilt für die Inanspruchnahme von Vertragsärzten (Kassenärzten) und eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger; bei Inanspruchnahme von Wahlärzten: Kostenerstattung von 80 Prozent des Honorars eines Vertragsarztes.

³ Zuzahlungsbestimmungen der verschiedenen Versicherungsträger für Zahnersatz sowie Kieferregulierungen gemäß Satzungen siehe Anhang B.

⁴ Laut Erläuterungen zum Gesetzestext gilt als Überweisungsschein jede Wiederbestellung der Krankenanstalt, entweder aus dem stationären oder direkt aus dem ambulanten Bereich. Wenn der Versicherte in Zusammenhang mit ein und demselben Behandlungsfall an Ambulanzen anderer Fachrichtungen überwiesen wird, darf der Behandlungsbeitrag-Ambulanz nicht neuerlich eingehoben werden.

Quellen: ASVG, B-KUVG, BSVG, BVA Satzung 1995 in der Fassung der 10. Änderung, HVST 1999, HVST 1/2001, GSVG, SVA der gewerblichen Wirtschaft 2002, SVB 7/2001

10.3 Ausnahmebestimmungen

Befreiungen von der in Abschnitt 10.1 aufgelisteten Selbstbeteiligung finden sich zum einen in den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen und zum anderen in den Richtlinien der jeweiligen Sozialversicherungsträger. Eine Aufstellung der wesentlichen Ausnahmebestimmungen ist in Tabelle 10.2 dargestellt. Neben den gesetzlichen Bestimmungen besteht bei allen Krankenversicherungsträgern die Möglichkeit, aufgrund „sozialer Schutzbedürftigkeit“ (geringes Einkommen oder hohe medizinische Ausgaben) einen Antrag auf Befreiung von der Selbstbeteiligung beim jeweiligen Sozialversicherungsträger einzubringen. Zu den Detailregelungen der einzelnen Krankenversicherungsträger siehe Tabelle 10.2. Hier sind die gültigen Regelungen zum Stand September 2002 angeführt. Im Oktober 2002 kam es bei der Befreiungsregelung zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz, der bei Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen von Relevanz ist, zu einer Änderung. So wurde mit dem Erlass des Hochwasseropferentschädigungs- und Wiederaufbau-Gesetzes die Befreiungsbestimmungen erweitert: Nunmehr gelten ab 1. Oktober 2002 gemäß BGBl. I Nr. 155/2002 ebenfalls als Befreiungsgrund,

- wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen eine stationäre Aufnahme erfolgt oder wenn in diesem Zusammenhang eine anderweitige medizinische Versorgung im extramuralen Bereich nicht in Betracht kommt,
- wenn Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erforderlich sind, die außerhalb einer Krankenanstalt in angemessener Entfernung dem Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur unzureichend zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus kann der Versicherungsträger auf Antrag des (der) Versicherten in besonders berücksichtigungswürdigen Einzelfällen, insbesondere bei Behandlung von - mit Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie vergleichbaren - schwerwiegenden und therapieintensiven Krankheiten sowie in Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, von der Einhebung des Behandlungsbeitrags auf bestimmte Zeit absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

In Tabelle 10.2 sind bei den Spitalsambulanzen die zuvor geltenden Befreiungsbestimmungen zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz angeführt, weil bei der Untersuchung des Lenkungseffektes des Behandlungsbeitrages-Ambulanz in Kapitel 15 die zuvor bestehenden Regelungen Gültigkeit besaß und damit der Zusammenhang gewahrt bleibt.

Im Großen und Ganzen sind - trotz divergierender und komplexer Regelungen der einzelnen Krankenversicherungsträger - die Ausnahmebestimmungen ähnlich gehalten. Ausnahmen betreffen bestimmte Krankheiten wie zum Beispiel übertragbare, anzeigepflichtige Krankheiten (Geschlechtskrankheiten, AIDS, Tuberkulose...) oder Dialysebehandlungen, bestimmte Behandlungen (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Gesundenuntersuchungen...), bestimmte Personengruppen (z. B. Pensionisten mit Ausgleichszulage, mitversicherte Kinder, Zivildienstler im ASVG) und - über Antrag - „sozial schutzbedürftige Personen“. Im ASVG ist für die Feststellung der sozialen Schutzbedürftigkeit die Richtlinie für die Befreiung der Rezeptgebühr gemäß § 31 ASVG von besonderer Relevanz (HVST 1997). Hier sind die Einkommensgrenzen, die gleichzeitig auch die Richtsätze für die Gewährung einer Ausgleichszulage für

die Pensionisten sind, festgelegt, nach denen ein Antrag zu gewähren ist. Eine erteilte Befreiung gilt automatisch auch für alle anspruchsberechtigten Angehörigen des Versicherten. Wer von der Rezeptgebühr befreit ist, muss auch keine Selbstbeteiligung für Heilbehelfe, Anstaltspflege sowie Krankenscheingebühr und Behandlungsbeitrag-Ambulanz leisten. Nach Schätzungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind etwa 900.000 Personen von der Rezeptgebühr befreit.

Die weiteren Sozialversicherungsträger orientieren sich bei der Festlegung der sozialen Schutzbedürftigkeit mit einigen Abweichungen an der Richtlinie für die Befreiung der Rezeptgebühr gemäß § 31 ASVG (vgl. hierzu Fußnoten zu Tabelle 10.2).

Tabelle 10.2: Österreich - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung, Stand September 2002

Leistungen	Arbeiter und Angestellte (ASVG)	Beamte (B-KUVG)	Bauern (BSVG)	Selbstständige (GSVG)
Ärztliche Hilfe				
Grundlage	§ 135 ASVG + RL für die Befreiung von der Krankenschein- und Zahnbehandlungsscheingebühr	§ 63 B-KUVG + Richtlinien	§ 80 BSVG	§ 86 GSVG
Befreiungen	• Mitversicherte Kinder • Pensionisten • Übertragbare, anzeigepflichtige Erkrankungen • Mutter-Kind-Pass • Gesundenuntersuchungen • Personen nach dem Kriegsopfer-, Heeresversorgungs- oder Opferfürsorgegesetz • Zivildienster • Asylwerber in Bundesbetreuung • Soziale Schutzbedürftigkeit (auf Antrag)¹	• Pensionisten mit Ausgleichszulage • Soziale Schutzbedürftigkeit (auf Antrag)³	• Übertragbare, anzeigepflichtige Erkrankungen • Dialysebehandlungen • Mutter-Kind-Pass • Gesunden- und Jugendlichenuntersuchung • Soziale Schutzbedürftigkeit - Unterstützungsfonds	• Kinder (seit 1.1.2000) • Pensionisten mit Ausgleichszulage • Übertragbare, anzeigepflichtige Erkrankungen • Gesunden- und Jugendlichenuntersuchung • Mutter-Kind-Pass • Dialysebehandlung • Soziale Schutzbedürftigkeit (auf Antrag)¹
Zahnbehandlung/Zahnersatz				
Grundlage	§ 153 ASVG + RL für die Befreiung von der Krankenschein- und Zahnbehandlungsscheingebühr	§§ 63, 69 B-KUVG + Richtlinien	§§ 85, 95 BSVG	§ 86 GSVG
Befreiungen	siehe Ärztliche Hilfe	siehe Ärztliche Hilfe	siehe Ärztliche Hilfe	siehe Ärztliche Hilfe
Spitalsambulanz				
Grundlage	§ 135a ASVG (2) + RL für die Nachsicht vom Behandlungsbeitrag-Ambulanz	§ 63 B-KUVG + Richtlinien	§ 80 BSVG	§ 86 GSVG
Befreiungen	• Mitversicherte Kinder² • Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie² • Notfälle mit stationärer Aufnahme² • Mutter-Kind-Pass, Mutterschaftsleistung² • Befundung und Begutachtung im Gerichtsauftrag² • Spender von Körperteilen od. Blutplasma² • Rezeptgebührenbefreiung^{1, 2} • Weiterüberweisung von einer Ambulanz in eine andere im selben Behandlungsfall	• Blut- und Plasmaspender • Mutterschaftsleistung • Pensionisten mit Ausgleichszulage • Soziale Schutzbedürftigkeit (auf Antrag)³	siehe Ärztliche Hilfe	siehe Ärztliche Hilfe

Tabelle 10.2/Fortsetzung

Leistungen	Arbeiter und Angestellte (ASVG)	Beamte (B-KUVG)	Bauern (BSVG)	Selbständige (GSVG)
	Richtlinie: Lehrlinge im 1. und 2. Lehrjahr; SchülerInnen in Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Krankenpflegefachdienst, mediz.-techn. Fachdienst; Studierende einer mediz.-techn. Akademie oder Hebammenakademie; Arbeitsunfall/Berufskrankheit			
Arzneimittel				
Grundlage	§ 136 ASVG + RL für die Befreiung von der Rezeptgebühr	§ 64 B-KUVG + Richtlinien	§ 86 BSVG + Richtlinien	§§ 92 und 85 GSVG
Befreiungen	• Übertragbare, anzeigepflichtige Erkrankungen • Personen, nach dem Kriegsopfer-Heeresversorgungs- oder Opferfürsorgegesetz • Zivildienstler • Pensionisten mit Ausgleichszulage • Soziale Schutzbedürftigkeit (auf Antrag)¹	siehe Ärztlicher Hilfe	• Übertragbare, anzeigepflichtige Erkrankungen • Sozial schutzbedürftige Pensionisten⁴ • Soziale Schutzbedürftigkeit (auf Antrag)⁵	• Übertragbare, anzeigepflichtige Erkrankungen • Pensionisten mit Ausgleichszulage • Soziale Schutzbedürftigkeit (auf Antrag)¹

RL = Richtlinie

¹. Entsprechend den Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr: 1. Personen, deren monatliche Netto-Einkünfte den Richtsatz von € 630,92 für Alleinstehende und € 900,13 bei Ehepaaren nicht übersteigen. 2. Personen, die infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, sofern die monatlichen Einkünfte € 725,56 bei Alleinstehenden, € 1.035,15 bei Ehepaaren nicht übersteigen. Diese Beträge erhöhen sich für jedes Kind um € 67,15. Dies ist auch der Richtsatz für den Bezug einer Ausgleichszulage für Pensionisten.

². Die Befreiungsgründe gelten nicht, wenn der Ambulanzbesuch durch schuldhaftes Beteiligung an einem Raufhandel bedingt ist oder sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.

³. Personen entsprechend den Richtlinien für die Befreiung der Rezeptgebühr (Einkommensgrenzen siehe Fußnote 1) sind zur Gänze von der Kostenbeteiligung befreit. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Nachsicht, wenn die monatliche Belastung durch Behandlungsbeiträge, Rezeptgebühren und Kostenanteilen für Heilbehelfe und Hilfsmittel den sogenannten Richtwert übersteigt. Die monatliche Belastungsgrenze ist vom gesamten Familien-Nettoeinkommen und der Anzahl der Familienangehörigen abhängig.

⁴. Pensionisten und deren Familienangehörige, deren monatliches Gesamteinkommen € 473,19 (bei Alleinstehenden) bzw. € 675,10 (bei Ehepaaren) nicht übersteigt und ein Ausgedinge anzurechnen ist. Pro Kind erhöht sich der Betrag um € 50,36.

⁵. Erwerbstätige und deren Familienangehörige, wenn der Einheitswert des landwirtschaftlichen Betriebes € 6.400,- (bei alleinstehenden Betriebsführern) bzw. € 9.000,- (bei Ehepartnerschaftlichen Betrieben) nicht übersteigt. Pensionisten und Erwerbstätige sowie Familienangehörige, wenn infolge Krankheit oder Gebrechen überdurchschnittlich hohe Ausgaben für Medikamente anfallen, bis zu folgenden Einkommensgrenzen: € 567,83 (Alleinstehende); € 810,12 (Ehepartner); € 7.300,- Einheitswert (alleinstehende Betriebsführer); € 10.600,- Einheitswert (ehepartnerschaftliche Betriebsführer). Die Einkommensgrenzbeträge erhöhen sich für jedes unterhaltspflichtige Kind um € 67,15.

Quellen: ASVG, B-KUVG, BSVG, BVA Satzung 1995 in der Fassung der 10. Änderung, BVA 7/2002, GSVG, HVST 1997, HVST 1999, HVST 1/2002, SVA der gewerblichen Wirtschaft 2002, SVB 7/2001, SVB 7/2002

11 Schweden

11.1 Gesundheitssystem

11.1.1 Organisation

Das schwedische Gesundheitssystem ist in Form eines dezentralisierten staatlichen Gesundheitsdienstes organisiert. Eine bedeutende Rolle kommt dabei den Provinziallandtagen (Landstinge) auf der regionalen Ebene zu, die gemeinsam mit den Bundesbehörden zum Kernbereich des staatlichen Gesundheitssystems zählen.

Zentrale Institutionen auf nationaler Ebene sind das Ministerium für Gesundheit und soziale Angelegenheiten (Socialdepartement), das für die Planung und Entwicklung in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Krankenpflege, Sozialversicherung und soziale Fragen verantwortlich ist, sowie das Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen (Socialstyrelsen), dem die Fachaufsicht über die Provinziallandtage zukommt.

Die 21 Provinziallandtage sind für die Planung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung verantwortlich. Sie agieren als Träger und Betreiber von Gesundheitszentren und Krankenanstalten. Sie sind im Verband der Provinziallandtage (Landstingförbundet) organisiert, der mit den nationalstaatlichen Behörden über politische und wirtschaftliche Belange verhandelt.

Die 289 Gemeinden sind primär für die Pflege und Betreuung von älteren Menschen, Behinderten und psychiatrischen Langzeitkranken zuständig.

Neben dem staatlichen Gesundheitsdienst besteht in Schweden ein soziales Krankenversicherungssystem, das allerdings nur für einen relativ geringen Teilbereich der Gesundheitsversorgung zuständig ist. Zu seinen Leistungen zählt unter anderem die Auszahlung von Krankengeld und Vergütungen für Zahnbehandlungen. Alle Personen, die in Schweden wohnen oder arbeiten, genießen dort Krankenversicherungsschutz.

11.1.2 Ambulanter Leistungsbereich

Die Bereitstellung der ambulanten Krankenversorgung obliegt in Schweden primär den Provinziallandtagen. Ambulante ärztliche Leistungen (primär- und fachärztliche Versorgung) werden weitgehend in den Spitalsambulanzen (vgl. Punkt 11.1.4) oder in einem der rund 1.200 Gesundheitszentren, in denen Ärzte, Krankenpflegepersonen, Hebammen und Krankengymnastinnen zusammenarbeiten, erbracht. Ein Gesundheitszentrum versorgt zirka 50.000 bis 100.000 Einwohner. Innerhalb einer Provinz können die Patienten frei zwischen der Inanspruchnahme eines Gesundheitszentrums oder einer Spitalsambulanz wählen, die Provinziallandtage heben aber unterschiedliche Sätze bei den Selbstbeteiligungen für die beiden Leistungsbereiche ein, um steuernd einzugreifen (vgl. Abschnitt 11.2).

Im Jahr 1993 wurde in Schweden ein Hausarztsystem eingeführt, das Niederlassungsfreiheit für Ärzte vorsah - eine Möglichkeit, die mittlerweile wieder eingeschränkt wurde. Hausärzte werden entweder als in den Gesundheitszentren arbeitende und dort fest angestellte Ärzte tätig oder als niedergelassene Ärzte außerhalb der Gesundheitszentren, die ebenfalls zum Bereich der Primärversorgung zählen und im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes finanziert werden. Daneben werden ärztliche Leistungen von privaten niedergelassenen Ärzten erbracht. Rund 90 Prozent der praktizierenden Ärzte sind in Gesundheitszentren oder Krankenhäusern angestellt. Mit 2,9 Ärzten pro 1.000 Einwohner (1999) ist die Gesamtärztedichte (ambulant und stationärer Bereich) in Schweden eher niedrig im EU-Vergleich (OECD Gesundheitsdaten 2002).

Der Hausarzt tritt oft als Erstkontakt für die Patienten auf, aber ambulante fachärztliche Leistungen können auch ohne Überweisung des Primärarztes in Anspruch genommen werden. Dies ist im Allgemeinen allerdings mit höheren Kosten für den Patienten verbunden (vgl. Punkt 11.2.2).

11.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich

Die öffentliche Bereitstellung der zahnärztlichen Leistungen fällt ebenfalls in die Verantwortung der Provinziallandtage.

Rund die Hälfte der praktizierenden Zahnärzte Schwedens arbeitet in privaten Praxen. Ein eher geringer Anteil der Ärzte ist sowohl im öffentlichen Zahngesundheitsdienst als auch als Betreiber einer privaten Praxis tätig.

11.1.4 Spitalsambulanzen

Die Spitalsambulanzen, die entweder als Fachambulanzen oder als Notfallstationen organisiert sind, können in den rund 80 Krankenanstalten Schwedens von den Patienten direkt, ohne Überweisung, aufgesucht werden. In manchen Fällen sind die Wartezeiten bei direkter Inanspruchnahme länger. Als Steuerungselement wird eine höhere Selbstbeteiligung bei der direkten Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen eingesetzt (vgl. Punkt 11.2.4). Dennoch entfallen fast die Hälfte der ambulanten Besuche auf Spitalsambulanzen.

11.1.5 Arzneimittel

Die Zulassung von Arzneimitteln ist, wie in den anderen EU-Ländern, Aufgabe der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (European Medicines' Evaluation Agency, EMEA) im zentralisierten Verfahren bzw. ansonsten auf nationaler Ebene Kompetenz der nationalen schwedischen Arzneimittelagentur (Läkemedelsverket), die in der Folge auch die Arzneimittel bezüglich ihrer Rezept- bzw. Apothekenpflicht sowie nach den 14 ATC-Gruppen einteilt. Anfang 2001 waren rund 5.000 Arzneimittel zugelassen.

Die Arzneimittelagentur unterstützt auch die Sozialversicherungsbehörde (Riksförsäkringsverket, RKV), die auf Antrag eines Herstellers über einen „angemessenen“ Preis entscheidet.

Die Festlegung dieses Preises ist Voraussetzung für die Erstattung von Arzneimitteln. Dabei wird der Großhandelspreis bzw. bei Generika oder Parallelimporten ein sogenannter Referenzpreis fixiert. Im Jahr 1993 hatte Schweden ein Referenzpreissystem eingeführt.

Bis zum Jahr 1998 trug die Sozialversicherung die Kosten für die Erstattung von Arzneimitteln, danach wurde die Finanzierung den Provinziallandtagen übertragen. Die Provinziallandtage erhalten jährlich ein Budget - darunter ein Budget für Arzneimittel - zugewiesen, mit dem sie die Gesundheitsversorgung in ihrer Region sichern müssen. Es ist daher nicht überraschend, dass die Provinziallandtage auch Mitspracherechte bei den Preisverhandlungen zwischen der Industrie und dem RKV fordern.

11.2 Selbstbeteiligung

11.2.1 Überblick

Die Selbstbeteiligungsregelungen in den einzelnen Leistungsbereichen weisen hinsichtlich ihrer Ausgestaltung Parallelen auf: Im niedergelassenen Bereich, in Spitalsambulanzen wie auch bei Arzneimitteln wurde eine Höchstgrenze festgelegt, nach deren Erreichen die Patienten die Leistungen innerhalb von zwölf Monaten zuzahlungsfrei in Anspruch nehmen können. Unter bestimmten Voraussetzungen kommt diese Obergrenze auch bei zahnärztlichen Leistungen zum Tragen (vgl. Punkt 11.2.3). In Summe entfallen zirka zwei Prozent der Gesundheitsleistungen auf Selbstbeteiligungen.

Sowohl in Bezug auf die Höhe der Selbstbeteiligung als auch hinsichtlich einiger Ausnahmegestimmungen (vgl. Abschnitt 11.3) schlagen sich regionale Unterschiede nieder, da die 21 Provinziallandtage unterschiedliche Sätze festgelegt haben.

11.2.2 Ambulante Leistungen

Die Höhe der Selbstbeteiligung variiert, je nach Provinz („landsting“), zwischen € 10,80 / SEK 100,- und € 16,20 / SEK 150,- pro Arztbesuch (2002). Bei Notfällen werden ebenfalls Selbstbeteiligungen eingehoben, die Sätze liegen je nach Region zwischen € 10,80 / SEK 100,- und € 32,40 / SEK 300,- (2002). In einigen Provinzen wurde der Selbstbeteiligungssatz für die Notfallversorgung bewusst höher als bei der „normalen“ Versorgung festgelegt, um die für die Bereithaltung der Leistungen anfallenden höheren Kosten zu kompensieren. In anderen wird hingegen bei Notfällen eine geringere Selbstbeteiligung eingehoben.

Die Selbstbeteiligungen der Patienten sind mit einer zwölfmonatigen Höchstgrenze nach oben hin limitiert: Sobald diese erreicht wurde, erhalten die Patienten eine „Freikarte“ (frikort) und müssen für das verbleibende Jahr - gerechnet ab der ersten Inanspruchnahme - keine Selbstbeteiligung mehr leisten. Die Grenze bezieht sich auf alle ambulanten Leistungen (ärztliche Leistungen in Gesundheitszentren, bei niedergelassenen Ärzten und in Spitalsambulanzen, Leistungen von ambulanten Krankenpflegepersonen und Physiotherapeutinnen, etc.) mit Ausnahme von Arzneimitteln. Bei den Arzneimitteln gilt ein eigenes Schema (vgl. Punkt 11.2.5), ebenso im stationären Bereich. Aktuell (Jahr 2002) beträgt die Höchstgrenze

€ 97,19 / SEK 900,-. Laut einer Untersuchung im Jahr 1999 waren damals ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahre und 17 Prozent der weiblichen Erwachsenen in Besitz einer „Freikarte“.

11.2.3 Zahnärztliche Leistungen

Das Honorierungssystem bei den zahnärztlichen Leistungen wurde im Jänner 1999 geändert, was sich auch auf die Selbstbeteiligungsregelungen auswirkte. Seit 1999 dürfen die Zahnärzte die Honorare frei festlegen.

Für zahnärztliche Leistungen im Rahmen der Grundversorgung leistet die Sozialversicherung direkt an den Zahnarzt einen fixen Betrag, der 30 Prozent der im Jahr 1998 gültigen Tarife (unterschiedlich je nach Leistung) abdeckt. Was darüber hinaus geht, müssen die Patienten aus der eigenen Tasche bezahlen.

Bei Zahnersatz wird ab Juli 2002 eine Kostenobergrenze von € 831,53 / SEK 7.700,- für Personen über 65 Jahre angewandt. Das Material für den Zahnersatz muss ebenfalls aus der eigenen Tasche bezahlt werden.

Bei älteren bzw. behinderten Personen mit hoher Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und bei Patienten, bei denen die zahnärztlichen Leistungen als Teil einer medizinischen Behandlung anfallen, wird auch hier die in der ambulanten Gesundheitsversorgung gültige Höchstkostengrenze angewandt (vgl. Punkt 11.2.2). Die Tatsache, dass aber ansonsten die Selbstbeteiligung für zahnärztliche Leistungen nicht mit einer Höchstgrenze gedeckelt ist, stellt nach Auskunft des Zentralamts für Gesundheits- und Sozialwesen (Socialstyrelsen) ein Problem dar.

11.2.4 Spitalsambulanzen

Spitalsambulanzen bieten nicht nur fachärztliche Leistungen, sondern auch ambulante Leistungen der Primärversorgung an, sie können ohne Überweisung aufgesucht werden (vgl. Punkt 11.1.2). Die Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen wurde aber, wie erläutert, mit einem höheren Betrag als im niedergelassenen Bereich festgelegt. Je nach Provinziallandtag liegt sie zwischen € 16,20 / SEK 150,- und € 27,- / SEK 250,- pro Besuch in einer Spitalsambulanz (2002). Bei Notfällen gelten andere Selbstbeteiligungssätze, im Wesentlichen höhere (vgl. Punkt 11.2.2).

Die im Vergleich zu Gesundheitszentren oder niedergelassenen Ärzten höhere Selbstbeteiligung in Ambulanzen fließt auch in die Höchstkostenbegrenzung ein (vgl. Punkt 11.2.2), die zur Zeit (Jahr 2002) mit € 97,19 / SEK 900,- für die ambulante Gesundheitsversorgung exklusive Arzneimittel festgelegt ist.

11.2.5 Arzneimittel

Die Selbstbeteiligungsregelung bei Arzneimitteln sieht ebenfalls eine Kostenobergrenze (High-Cost-Protection) vor, die anfangs für Arzneimittel und alle übrigen ambulanten Gesundheitsleistungen gemeinsam galt.

Im Jänner 1997 trat mit dem Gesetz zur Höchstkostenbegrenzung „The Cost Limitation (Purchases of medicinal products etc.) Act 1996“ ein neues Selbstbeteiligungsmodell in Kraft, das gestaffelte Selbstbeteiligungen für die Patienten je nach ihren jährlichen Ausgaben für erstattungsfähige Arzneimittel vorsah. Außerdem wurde damals für Arzneimittel eine eigene Höchstgrenze der Selbstbeteiligung festgelegt.

Mit einem Parlamentsbeschluss aus dem Jahr 1999 wurden die Höhe der Zuzahlungen und die Höchstgrenze hinaufgesetzt, aber das Modell per se wurde nicht verändert. Seit Juni 1999 gilt folgende Selbstbeteiligungsregelung für Arzneimittel:

- Bis einschließlich € 97,19 / SEK 900,- müssen die Patienten die Ausgaben für erstattungsfähige Arzneimittel zur Gänze selbst bezahlen, also eine Selbstbeteiligung von 100 Prozent.
- Ab € 97,30 / SEK 901,- bis zu Arzneimittelausgaben von € 464,36 / SEK 4.300,- übernimmt die öffentliche Hand die Kosten gemäß einem gestaffelten Schema (vgl. Tabelle 11.1).
- Die maximale Eigenbeteiligung für erstattungsfähige Arzneimittel innerhalb von zwölf Monaten - gerechnet ab dem ersten Bezug - ist mit € 194,38 / SEK 1.800,- festgelegt. Sobald ein Patient diese Kostengrenze erreicht hat, erhält er auf Antrag eine „Freikarte“ (frikort), die ihn zum Bezug von Arzneimitteln ohne Selbstbeteiligung im verbleibenden Zeitraum berechtigt. In einer Familie mit Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahre kommt für alle eine Höchstgrenze von € 194,38 / SEK 1.800,- zur Anwendung: Das heißt, die Ausgaben werden zusammengerechnet, und die Familie erhält eine gemeinsame Freikarte. Mehr als eine Million der knapp neun Millionen Einwohner Schwedens hatte im Jahr 1999 eine Freikarte für Arzneimittel. Es wurde beobachtet, dass Personen, sobald sie die Höchstgrenze überschritten hatten, grundsätzlich eine höhere Nachfrage nach Arzneimitteln aufwiesen.

Tabelle 11.1: Schweden - Selbstbeteiligungsregelungen für Arzneimittel 2002

Ausgaben für Arzneimittel pro Person in 12 Monaten (in SEK)	Selbstbeteiligung der Patienten		Erstattung durch die öffentliche Hand	
	in %	in SEK	in %	in SEK
0,- bis 900,-	100 %	0,- bis 900,-	0 %	0,-
901,- bis 1.700,-	50 %	max. 1.300,-	50 %	max. 400,-
1.701,- bis 3.300,-	25 %	max. 1.700,-	75 %	max. 1.600,-
3.301,- bis 4.300,-	10 %	max. 1.800,-	90 %	max. 2.500,-
über 4.300,-	0 %	max. 1.800,-	Differenzbetrag	

Quellen: ÖBIG 2001g, ÖBIG-eigene Erhebungen (Landstingsförbundet)

Für Arzneimittel, die unter das Referenzpreissystem fallen (Generika und Parallelimporte, vgl. Punkt 11.1.5), müssen die Patienten die Differenz zwischen dem von der Sozialversicherung festgelegten Erstattungspreis (Referenzpreis) und dem Apothekenverkaufspreis zahlen.

Daneben müssen die schwedischen Patienten die nicht-erstattungsfähigen Arzneimittel (zehn Prozent im Jahr 2000), zu denen die meisten rezeptfreien Arzneimittel (z. B. Lifestyle-Produkte) zählen, zur Gänze aus der eigenen Tasche bezahlen.

11.3 Ausnahmebestimmungen

Einen Überblick für die Befreiungsgründe in den vier angeführten Leistungsbereichen bietet Tabelle 11.2.

Alter ist ein zentraler Befreiungsgrund in Schweden. Personen unter 20 Jahren erhalten in nahezu allen Regionen ambulante ärztliche Leistungen in Gesundheitszentren, bei niedergelassenen Ärzten sowie in Spitalsambulanzen, ohne eine Zuzahlung leisten zu müssen. In den Regionen, wo Kinder und Jugendliche nicht von der Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich ausgenommen sind, leisten Personen unter 20 Jahren geringere Selbstbeteiligungen in der Höhe von € 7,56 / SEK 70,- bzw. von € 13,50 / SEK 125,-. In Stockholm liegt die Altersgrenze bei 18 Jahren.

Auch bei zahnärztlichen Leistungen gilt eine Befreiung aufgrund des Alters. Personen unter 20 Jahren erhalten zahnärztliche Leistungen zuzahlungsfrei, ebenso ältere und behinderte Menschen, die einen hohen Pflegebedarf aufweisen. Untersuchungen zeigen aber, dass gerade multimorbide Menschen hohe Selbstbeteiligungen leisten müssen. Als problematisch werden weiters die vergleichsweise hohen privaten Ausgaben für Gesundheit für einkommensschwache Personen gesehen. Die Studien fordern eine Änderung des Selbstbeteiligungssystems.

Ein interessanter Befreiungsgrund findet sich im niedergelassenen Bereich: Wenn Patienten bei vereinbarten Terminen länger als eine halbe Stunde (in einigen Regionen 45 Minuten) warten müssen, bekommen sie die Selbstbeteiligung rückerstattet.

Tabelle 11.2: Schweden - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002

Befreiungsgrund	Ambulante ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalsambulanzen	Arzneimittel
Alter	Personen unter 20 Jahren (in fast allen Regionen)	Personen unter 20 Jahren	Personen unter 20 Jahren (in fast allen Regionen)	-
Soziale Gründe	-	-	-	-
Krankheiten/ Behinderung	-	Ältere und behinderte Personen mit hohem Bedarf an Pflege (täglich)	-	-
Sonstige	Wartezeiten über 30 bzw. 45 Minuten bei Terminen		Wartezeiten über 30 bzw. 45 Minuten bei Terminen	Insulin

Quellen: ÖBIG-eigene Erhebungen (Landstingsförbundet)

Vor der Änderung des Erstattungs- und Selbstbeteiligungsschemas für Arzneimittel im Jahr 1997 waren ausgewählte Arzneimittel (in Summe 32) für chronische Krankheiten zuzahlungsfrei erhältlich. Diese Arzneimittel wurden nun in das Selbstbeteiligungssystem aufgenommen, nur mehr Insulin kann noch zuzahlungsfrei bezogen werden.

12 USA

12.1 Gesundheitssystem

12.1.1 Organisation

Das US-amerikanische Gesundheitssystem unterscheidet sich deutlich von den in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen europäischen Modellen der Gesundheitsversorgung, die den Gedanken der universellen Sicherung entweder mittels steuerfinanzierter Gesundheitsversorgung (Nationale Gesundheitsdienste) oder auf Basis von Sozialversicherungssystemen umzusetzen versuchen.

Das Gesundheitssystem der USA besteht aus einer Vielzahl von Subsystemen, die zum überwiegenden Teil privat organisiert und finanziert sind. Die beiden bedeutendsten Programme der öffentlichen Hand „Medicare“ und „Medicaid“, welche im Jahr 1965 vom Kongress verabschiedet wurden, decken in Summe zirka ein Viertel der Bevölkerung ab. Die am weitesten verbreitete Form der Absicherung ist eine private Krankenversicherung. Angesichts der hohen Prämien, die sich Einzelpersonen kaum leisten können, wird sie üblicherweise in Form einer Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber (nur etwa zehn Prozent des gesamten Prämienaufkommens entfallen auf Individualversicherungen) abgeschlossen, die meist auch die Familienangehörigen mit einschließt.

Medicare

Medicare ist eine vom Bund getragene Krankenversicherung für die ältere Bevölkerung, die über Beiträge und Steuern finanziert wird. Primäre Zielgruppe des Medicare-Programms sind Personen über 65 Jahre und deren Unterhaltsberechtigte. Sie machen mit 34 Millionen die größte Gruppe der rund 39 Millionen Medicare-Versicherten aus. Des weiteren sind invalide Menschen und die meisten chronisch Nierenkranken (Dialysepatienten und Transplantierte) bei Medicare versichert. Darüber hinaus kann sich jeder Arbeitnehmer bei Medicare versichern lassen bzw. ein Unternehmen dort eine Versicherung für seine Mitarbeiter abschließen.

Das Medicare-Programm besteht aus zwei Teilen:

- Teil A (Hospital Insurance, HI) ist obligatorisch und kommt für die Kosten der stationären Versorgung auf. Finanziert wird dieser Teil durch einen Versicherungsbeitrag der erwerbstätigen Bevölkerung; daneben fallen hohe Selbstbeteiligungen an.
- Teil B (Supplementary Medical Insurance, SMI) ist fakultativ und deckt zum Teil die Kosten für ambulante Untersuchungen und Behandlungen sowie Prävention. Die Finanzierung erfolgt aus Steuermitteln und Zuzahlungen (vgl. Punkte 12.2.2 und 12.2.4).

Um die erheblichen Lücken der nicht abgesicherten Leistungsbereiche zu decken, werden zusätzlich private Versicherungen abgeschlossen (das sogenannte „medigap policing“). In den späten 90er-Jahren verfügte mehr als ein Drittel der Medicare-Versicherten über zusätzliche Versicherungen durch den Arbeitgeber, und knapp 30 Prozent von ihnen hatten individuell eine Zusatzversicherung abgeschlossen.

Medicaid

Medicaid ist das zweite soziale Sicherungsprogramm bei Krankheit und soll die Gesundheitsversorgung für die arme Bevölkerung gewährleisten. Dabei wird zwischen zwei Gruppen von Medicaid-Versicherten unterschieden:

- „Categorically needy persons“: Dazu zählen Familien mit Kindern, die vom Fürsorgeprogramm unterstützt werden, blinde, sonstige behinderte und ältere Menschen, die Fürsorgeleistungen beziehen, sowie schwangere Frauen und Kinder.
- „Medically needy persons“: Dies sind Menschen, deren Einkommen zwar die Bedürftigkeitsgrenzen überschreitet, die aber aufgrund ihrer - meist chronischen - Krankheit nicht den Bedarf an medizinischen Leistungen finanzieren können.

Mit 41 Millionen Leistungsempfängern (davon sind knapp die Hälfte Kinder unter 21 Jahren) ist Medicaid die größte Versicherung der USA.

Das Medicaid-Programm wird etwa je zur Hälfte vom Bund und von den einzelnen Bundesstaaten finanziert. Ambulante ärztliche und stationäre Untersuchungen und Behandlungen sowie bestimmte Pflegeleistungen müssen durch Medicaid gewährleistet sein. Die Finanzierung weiterer Leistungen liegt im Ermessen der Bundesstaaten. Darüber hinaus verfügen die Bundesstaaten über einen erheblichen Spielraum hinsichtlich der Kriterien zur Aufnahme in das Medicaid-Programm (z. B. in Bezug auf die Definition von „medically needy persons“). De facto variieren die Einkommens- sowie die Altergrenzen für Kinder zwischen den Bundesstaaten deutlich.

Freiwillige private Gruppen-Krankenversicherung über den Arbeitgeber

Die Krankenversicherung durch den Arbeitgeber ist eine freiwillige Leistung: Etwa 80 Prozent der mittleren und großen Unternehmen und nur rund die Hälfte der kleinen Betriebe bieten eine Krankenversicherung für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an. Die Prämien, welche steuerfrei sind, werden ausschließlich vom Arbeitgeber getragen. Die Höhe der Prämien wird in Abhängigkeit von der Risikostruktur der Beschäftigten festgelegt und ist im Allgemeinen für kleine Unternehmen beträchtlich höher als für große (das sogenannte „Group Experience Rating“ - im Gegensatz zu dem ursprünglichen „Community Rating“, bei dem entsprechend dem Prinzip des Umlageverfahrens einheitliche Kopfprämien innerhalb einer Versicherung eingehoben wurden).

Die Gruppenversicherungen, die nach dem Kostenerstattungsprinzip vergüten, decken Teile der Kosten für stationäre und ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlungen bis zu einer bestimmten Höchstgrenze ab. Große Unterschiede zwischen den rund 700 privaten Krankenversicherungen der USA bestehen hinsichtlich der Selbstbeteiligungen und des Leis-

tungsumfangs und der Leistungsdauer. Lang andauernde Krankheiten sind in der Regel sehr schlecht abgesichert.

Betriebliche Gruppenversicherungen werden vor allem mit den Health Maintenance Organizations (HMOs) abgeschlossen. HMOs können in unterschiedlicher Trägerschaft (z. B. Ärztevereinigung, Krankenanstalten, Versicherungsunternehmen, etc.) auftreten. Sie verpflichten sich, für ihre Versicherten ein definiertes Leistungsspektrum entweder selbst anzubieten oder für dessen Bereitstellung zu sorgen. Im Gegenzug erhalten die HMOs jährliche oder monatliche Beiträge der Versicherten sowie Kostenbeteiligungen im Falle einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen. Im Jahr 2000 waren 81 Millionen Menschen - das sind 30 Prozent der amerikanischen Bevölkerung - bei HMOs eingeschrieben. Auch Medicare- oder Medicaid-Versicherte können Mitglieder von Managed-Care-Organisationen werden.

Die HMOs sind typische Managed-Care-Organisationen. Managed Care, das Schlagwort des letzten Jahrzehnts im amerikanischen Gesundheitssystem, bezieht sich auf eine Vielzahl struktureller und organisatorischer Aspekte. Eine mögliche Übersetzung wäre „geführte Versorgung“ (Seitz/König/von Stillfried 1997): Die „Führung“ der Versorgung wird dabei durch den Kostenträger (z. B. durch einen Anbieter von Krankenversicherungsschutz) übernommen. Durch Managed Care wurde die klare Trennung zwischen dem medizinischen Verantwortungsbereich und den Finanzierungs- und Verwaltungsaufgaben aufgehoben: Die Autonomie der ärztlichen Entscheidungen im Behandlungsprozess wurde zunehmend zugunsten einer funktionsübergreifenden „Unternehmensführung“ abgebaut.

Ein großes Problem im US-amerikanischen Gesundheitssystem stellt der hohe Anteil an Menschen dar, die nicht gegen das soziale Risiko Krankheit abgesichert sind. Dies betrifft etwa 41 Millionen Einwohner (Jahr 2001) - also 15 Prozent der Bevölkerung. Es handelt sich dabei um Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen, deren Arbeitgeber keine Gruppenversicherung abgeschlossen haben, um Arbeitslose und Nicht-Erwerbstätige, deren Einkommen sie nicht für Medicaid berechtigt, um Personen, die wegen früherer Erkrankungen als nicht mehr versicherbar gelten, etc. Die sogenannte kleine Krankenversicherungsreform von 1996 hat zwar eine gewisse Ausweitung des Gruppenversicherungsschutzes gebracht (so läuft dieser „erst“ sechs Monate nach Ausscheiden aus dem Unternehmen aus) und den Zugang zu der - für den Großteil der Bevölkerung dennoch nicht finanzierbaren - Individualversicherung erleichtert, konnte aber das grundsätzliche Problem der zahlreichen Unversicherten nicht entschärfen. Grundsätzlich haben sich die bestehenden Ungleichheiten im US-Gesundheitssystem mit dramatischen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen in den letzten Jahren noch verschärft.

12.1.2 Ambulanter Leistungsbereich

In den meisten Managed-Care-Organisationen suchen die Versicherten einen Primärarzt als ersten Ansprechpartner im niedergelassenen Bereich auf, der im Allgemeinen als Gatekeeper fungiert. Primärärzte sind meist Allgemeinmediziner oder Internisten, manchmal auch Kinderärzte oder Gynäkologen. Eine Reihe von Managed-Care-Organisationen setzen in der Primärversorgung auch Angehörige weiterer medizinischer Berufe ein (Nurse Practitioner, Physician Assistant), die zum Teil bei einfacheren Aufgaben durchaus auch als Gatekeeper

vor der Inanspruchnahme eines Allgemeinarztes auftreten. Die Gesamtärztedichte ist mit 2,8 Ärzten pro 1.000 Einwohner (1999) im Vergleich mit der Europäischen Union eher niedrig (OECD Gesundheitsdaten 2002).

HMOs, die in Form von „Staff Models“ (Anstellung von Ärzten) oder „Group Models“ (Praxisgemeinschaften von Ärzten) organisiert sind, unterhalten meist Versorgungszentren, die neben den Arztpraxen auch weitere Anbieter (z. B. Physiotherapeuten, Optiker, Apotheken) quasi „unter einem Dach“ beherbergen. Bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen gilt in den USA im Allgemeinen das Kostenerstattungsprinzip. Nur bei den Programmen Medicare und Medicaid kommt zum Teil das Sachleistungsprinzip zur Anwendung.

Üblicherweise rechnet ein Arzt mit den einzelnen Krankenversicherungen nach unterschiedlichen Vergütungsmodellen ab. In den HMOs und anderen Managed-Care-Organisationen werden Ärzte meist mittels Kopfpauschalen, eventuell unter Berücksichtigung einer Risikobeteiligung (Zurückhalten von Honorarteilen bei Überschreiten vereinbarter Richtwerte bezüglich Überweisungen oder Budgets), vergütet. Bei Medicare gilt eine national einheitliche Gebührenordnung, die auf Einzelleistungen abstellt. Die maximale Vergütung der Ärzte ist im Rahmen der sogenannten „Medicare Volume Performance Standards“ (VPS) limitiert, bei Überschreitung werden die Gebührensätze reduziert. Etwa die Hälfte der Ärzte, die Medicare-Versicherte betreuen, haben einer Kostenabtretung (Assignment) und der damit verbundenen Vergütungsbeschränkung zugestimmt, wodurch sie sich aber aufgrund der direkten Abrechnung mit Medicare der Vergütung sicher sein können. Für Medicaid existiert kein einheitlicher Vergütungsmodus. Es ist den Einzelstaaten freigestellt, welche Form der Vergütung sie wählen. Sie sind allerdings verpflichtet, eine ausreichende Vergütung zu gewähren, so dass genügend Leistungserbringer zur Zusammenarbeit bereit sind.

12.1.3 Zahnärztlicher Leistungsbereich

Die überwiegende Anzahl der Zahnärzte in den USA arbeitet in Einzelpraxen.

Zwei Drittel der amerikanischen Bevölkerung konsultieren einmal im Jahr einen Zahnarzt (Daten 1999). Die Inanspruchnahme variiert nach Alter (65 Prozent der erwachsenen Bevölkerung unter 65 Jahre gegenüber 55 Prozent der älteren Bevölkerung) sowie deutlich nach dem Einkommen (46 Prozent der armen Bevölkerung im Gegensatz zu 71 Prozent der als „nicht-arm“ definierten Bevölkerung). Die Ursache für die Unterschiede werden in den hohen (Zu-)Zahlungen bei den zahnärztlichen Leistungen gesehen (Department of Health and Human Services 2001).

12.1.4 Spitalsambulanzen

Im Wesentlichen gibt es in den USA zwei Typen von Spitalsambulanzen:

- „Outpatient Departments“ (OPD) in Krankenanstalten, in denen ambulante medizinische Versorgung geleistet wird, welche nicht dringend ist, und
- „Emergency Departments“ in Akutkrankenanstalten, die durchgängig besetzt sind und Notfallversorgung anbieten.

1999 wurden 84,6 Millionen Besuche in Spitalsambulanzen verzeichnet, das sind zirka 31,1 Besuche pro 100 Personen. Im Laufe der 90er-Jahre hat die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen um die Hälfte (gemessen an der Anzahl der Besuche) zugenommen.

12.1.5 Arzneimittel

Mit einem Anteil von 8,2 Prozent an den Gesundheitsausgaben (1999) nehmen die Ausgaben für erstattungsfähige Arzneimittel in den USA einen eher bescheidenen Anteil ein (Iglehart 2001). Die Arzneimittelausgaben absolut sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen und haben sich, gemeinsam mit der Problematik, dass sich viele Amerikanerinnen und Amerikaner die erforderlichen Arzneimittel nicht leisten können, zu einem gesundheitspolitischen Problem entwickelt.

In den USA gibt es für Arzneimittel keine einheitlichen Preisregelungen. Bestimmte Arzneimittel dürfen nicht nur vom Arzt verordnet werden, sondern auch von ärztlichen Assistenten, Krankenschwestern oder Apothekern. Die Abgabe von Arzneimitteln erfolgt im Allgemeinen in den rund 50.000 öffentlichen Apotheken bzw. über die zirka 6.000 Anstaltsapotheken. Im Rahmen der DPS-Gesetze (Drug Product Selection) wird dem Apotheker die Substitution von Arzneimitteln durch therapeutisch äquivalente Generika erlaubt. Internetapotheken sind erlaubt und üblich.

12.2 Selbstbeteiligung

12.2.1 Überblick

Wie aus den vorangegangenen Ausführungen hervorgeht, ist das amerikanische Gesundheitswesen extrem fragmentiert. Im Gegensatz zu den beschriebenen europäischen Gesundheitssystemen gibt es hier kein dominantes Modell, sondern zahlreiche Subsysteme.

In der vorliegenden Studie werden die Selbstbeteiligungsregelungen für die beiden staatlichen Programme Medicare und Medicaid dargestellt. Da aber die Programme wiederum mit verschiedensten Versicherungen kombiniert werden können, wird für Medicare der „Original Medicare Plan“, der als Kernbereich anzusehen ist, herangezogen. Die Regelungen in Bezug auf Medicaid werden überblicksartig vorgestellt, da eine Beschreibung im Detail aufgrund der unterschiedlichen Regelungen der einzelnen Bundesstaaten nicht möglich ist. Die Staaten müssen zwar bei den Medicaid-Programmen Vorgaben der Bundesbehörden einhalten, dass etwa bestimmte Personengruppen (mandatory populations) unter Medicaid aufgenommen oder bestimmte Leistungen (mandatory services) angeboten werden müssen. Daneben können die Staaten frei entscheiden, ob und welche der vom Bund als „optional“ eingestuft Personengruppen und Leistungen sie abdecken. In der Realität unterscheiden sich die Medicaid-Programme der Bundesstaaten hinsichtlich Leistungskatalog und Selbstzahlungen massiv.

12.2.2 Ambulante Leistungen

Medicare

Ambulante ärztliche Leistungen fallen unter Teil B des Medicare-Programms, welches optional (vgl. Punkt 12.1.1) gegen eine monatliche Prämie von mindestens € 48,60 / USD 54,- (Stand: Jahr 2002) abgeschlossen werden kann.

Unter dem Original Medicare Plan fällt grundsätzlich für ambulante ärztliche Leistungen eine Franchise von € 90,- / USD 100,- pro Jahr (2002) an. Darüber hinaus müssen die Patienten bei der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen eine Selbstbeteiligung von 20 Prozent des „vereinbarten Medicare-Betrags“ leisten. Der „vereinbarte Medicare-Betrag“ gilt für Ärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die der Kostenabtretung zugestimmt haben (vgl. Punkt 12.1.2). Ansonsten kann das Leistungsentgelt um bis zu 15 Prozent höher liegen.

Medicaid

Ärztliche Leistungen fallen unter den Katalog der verpflichtenden Medicaid-Leistungen. Allerdings dürfen die Staaten die Inanspruchnahme der „verpflichtend“ bzw. „optional“ anzubietenden Leistungen limitieren (z. B. zwölf Arztbesuche pro Abrechnungsjahr im Bundesstaat South Carolina) oder Selbstbeteiligungen verlangen. In der Praxis bestehen in den einzelnen Bundesstaaten unterschiedliche Regelungen.

12.2.3 Zahnärztliche Leistungen

Medicare

Im Allgemeinen deckt Medicare weder Kontrolluntersuchungen noch zahnärztliche Leistungen wie etwa Füllungen, Extraktionen oder Zahnprothesen ab. Für sämtliche zahnärztliche Leistungen müssen also die Medicare-Versicherten zur Gänze selbst aufkommen.

Medicaid

Zahnärztliche Leistungen sind im Medicaid-Programm als „optional“ definiert. In einigen Bundesstaaten werden sie unter Medicaid angeboten, wobei es den Bundesstaaten freisteht, Selbstbeteiligungen einzuheben. In den übrigen Staaten ist die zahnärztliche Versorgung nicht Teil des Leistungskatalogs, und die Medicaid-Versicherten müssen zahnärztliche Leistungen, falls sie diese nicht unter einer anderen Versicherung abgedeckt haben sollten, zur Gänze aus der eigenen Tasche bezahlen.

12.2.4 Spitalsambulanzen

Medicare

Ambulant erbrachte Leistungen in Krankenanstalten fallen unter Teil B des Medicare-Programms, welcher - wie unter Punkt 12.2.2 beschrieben - optional gegen eine monatliche Prämie von mindestens € 48,60 / USD 54,- (Stand: Jahr 2002) abgeschlossen werden kann.

Unter dem Original Medicare Plan fallen bei der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen neben der jährliche Franchise von € 90,- / USD 100,- (2002) weitere Zuzahlungen an, deren Höhe nach der in Anspruch genommenen Leistung variiert. Die Selbstbeteiligung kann auch durch eine Zusatzversicherung abgedeckt sein. Selbst in Notfällen (Notfallversorgung fällt auch unter Teil B des Medicare-Programms) werden Selbstbeteiligungen eingehoben.

Medicaid

Gleich wie die ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich sind die in Spitalsambulanzen erbrachten Leistungen auch im Pflichtleistungskatalog von Medicaid entnommen. Wie unter Punkt 12.2.2 ausgeführt, können die Bundesstaaten Selbstbeteiligungen verlangen, und in der Praxis zeigt sich eine regional stark differenzierte Selbstbeteiligungslandschaft.

12.2.5 Arzneimittel

Medicare

Mit Ausnahme einiger weniger Arzneimittel, die unter Teil B des Medicare-Programms fallen (vgl. dazu Punkt 12.3), sind erstattungsfähige Arzneimittel im niedergelassenen Bereich nicht im Leistungskatalog enthalten und daher von Medicare-Versicherten grundsätzlich zur Gänze aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Durch zusätzliche Versicherungsprogramme bzw. Pläne mit HMOs werden Arzneimittel zum Teil erstattet, die Selbstbeteiligungen sind je nach Plan unterschiedlich ausgestaltet. In manchen HMOs fallen Pauschalen an, in anderen Plänen anteilige Zuzahlungen plus einer Franchise. Von den 39 Millionen Medicare-Versicherten verfügen allerdings nur sieben Millionen über entsprechende Zusatzversicherungen.

Angesichts des geringen Anteils der Medicare-Patienten mit Versicherungsschutz bei Arzneimitteln sowie einer starken Zunahme der Prämien und Selbstbeteiligungen bei den Zusatzversicherungen wurden 2001 die bereits im Laufe der 90er-Jahre diskutierten Reformpläne im Kongress und Senat erneut geprüft, und im Jänner 2002 verkündete Präsident Bush seine Absicht, möglichst vielen Medicare-Patienten Zugang zu Arzneimitteln zu gewähren. Doch im Juli 2002 scheiterte erneut eine Reform, da der Senat die eingebrachten Vorschläge für ein neues Versicherungsmodell ablehnte, das Medicare-Patienten einen staatlich subventionierten Bezug von Arzneimitteln ermöglicht hätte.

Medicaid

Auch bei den Arzneimitteln sind die Selbstbeteiligungsregelungen nach Bundesstaaten unterschiedlich ausgestaltet. Grundsätzlich gilt unter dem Medicaid-Programm ein Referenzpreismodell, bei dem die Patienten bei Preisen über einem maximalen Erstattungswert (Maximum Allowable Cost, MAC) zuzahlen müssen. Die MAC-Regelungen beinhalten im Allgemeinen Generika und Kombinationspräparate; patentgeschützte Arzneimittel sind nicht enthalten.

12.3 Ausnahmebestimmungen

Im Zusammenhang mit den Befreiungsregelungen bei Medicare und Medicaid (für einen Überblick vgl. Tabelle 12.1) ist zu berücksichtigen, dass zum einen diese staatlichen Programme nicht alle Leistungen (z. B. zahnärztliche Versorgung) abdecken und dass zum anderen Teil B des Medicare-Programms, das sich auf die ambulanten Leistungen bezieht, fakultativ ist und dass zusätzlich zu den Selbstbeteiligungen auch vorab Prämien zu leisten sind.

Medicare

Für Medicare-Versicherte mit einem Einkommen unter der Armutsgrenze werden die Prämien, Franchisen und Zuzahlungen im Rahmen des QMB-Programms (Qualified Medicare Beneficiary Program) übernommen. Die Abgabe von Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich ist mit Ausnahme einiger weniger Produkte nicht im Medicare-Programm abgedeckt. Die im Medicare-Programm enthaltenen Arzneimittel (ausgewählte Arzneyspezialitäten für bestimmte Krankheiten) können zuzahlungsfrei bezogen werden.

Eine Analyse der Eigenbeteiligung (Prämien für Teil B und ergänzende Pläne bei HMOs plus Zuzahlungen) von Medicare-Versicherten zeigte, dass - insbesondere von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand - ein hoher Anteil der Ausgaben für Gesundheit privat zu finanzieren ist (Achman/Gold 2002a): Im Jahr 2001 wandte ein durchschnittlicher Medicare-Versicherter mit gutem Gesundheitszustand € 1.075,50 / USD 1.195,- für Gesundheitsausgaben auf, ein Versicherter mit schlechter Gesundheit zirka dreimal so viel (€ 3.220,20 / USD 3.578,-). Im Laufe von zwei Jahren (1999 bis 2001) waren die privaten Gesundheitsausgaben von Medicare-Versicherten um 43 Prozent bei Personen mit gutem Gesundheitszustand, um 52 Prozent bei Versicherten mit mäßigem Gesundheitszustand und um 62 Prozent bei Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand gestiegen. Für das Jahr 2002 wird eine weitere Zunahme der Eigenbeteiligung der Medicare-Versicherten prognostiziert.

Medicaid

Von Kindern unter 18 Jahre, Schwangeren (in Bezug auf Leistungen, welche die Schwangerschaft betreffen) und Personen in Pflegeheimen dürfen keine Selbstbeteiligungen eingehoben werden. In Notfällen sind die Medicaid-Versicherten ebenfalls von den Zuzahlungen befreit.

Unter Medicaid werden bestimmte Arzneimittel - zum Teil zur Gänze - erstattet. Die im Jahr 1990 verbotenen Positivlisten, die einzelne Bundesstaaten eingeführt hatten, wurden im Laufe der 90er-Jahre wieder zugelassen. Mittlerweile haben alle Bundesstaaten im Rahmen des Medicaid-Programms Positivlisten, die im Hinblick auf die Anzahl der aufgenommenen Arzneimittel stark variieren.

Tabelle 12.1: USA - Gründe zur Befreiung von Selbstbeteiligung 2002

Befreiungs- grund	Ambulante ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	Spitalsambulanzen	Arzneimittel
Alter				
Medicare	-	keine Pflichtleistung ¹	-	keine Pflichtleistung ¹
Medicaid	Personen unter 18 Jahren	Personen unter 18 Jahren ²	Personen unter 18 Jahren	Personen unter 18 Jahren
Soziale Gründe				
Medicare	Personen unter der Armutsgrenze	keine Pflichtleistung ¹	Personen unter der Armutsgrenze	keine Pflichtleistung ¹
Medicaid	-	- ²	-	-
Krankheiten / Behinderung				
Medicare	-	keine Pflichtleistung ¹	-	keine Pflichtleistung ¹
Medicaid	Personen in Pflegeheimen	Personen in Pflegeheimen ²	Personen in Pflegeheimen	Personen in Pflegeheimen
Sonstige				
Medicare	-	keine Pflichtleistung ¹	-	bestimmte AM ^{1 und 3}
Medicaid	Schwangere ⁴ in Notfällen	in Notfällen ²	Schwangere ⁴ in Notfällen	Schwangere ⁴ in Notfällen

AM = Arzneimittel

¹ zahnärztliche Leistungen und der Großteil der Arzneimittel im ambulanten Bereich fallen nicht in den Leistungskatalog von Medicare

² in einigen Bundesstaaten sind zahnärztliche Leistungen im Leistungskatalog von Medicaid enthalten

³ Ausnahmen sind Arzneimittel zur Unterdrückung von Abwehrreaktionen für Patienten mit Organtransplantationen, Erthropoietin für Nierenkranke, oral verabreichte Krebsmittel, AM für die Behandlung von Hämophilie

⁴ falls die Leistung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft steht

Quellen: AARP 1998, BASYS 1998, HCFA 2001a und 2001b, Kaiser Commission 2001, Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Service 2001/2002

Bei der vorliegenden Darstellung ist zu berücksichtigen, dass hier zwei staatliche Programme ausgewählt wurden, welche die Gesundheitsversorgung für die Bedürftigsten in der Gesellschaft (Medicaid für die arme Bevölkerung und Medicare für die älteren Menschen) abdecken sollten. Doch selbst unter diesen Programmen sind hohe private Ausgaben für Gesundheit zu leisten (bzw. muss bei fehlender Finanzierbarkeit auf die Inanspruchnahme von Leistungen verzichtet werden).

Die restliche Bevölkerung (drei Viertel der Amerikaner), die nicht durch Medicare oder Medicaid abgedeckt sind, hängen von der Bereitschaft ihres Arbeitsgebers ab, ob und welche private Krankenversicherung dieser für sie abschließt. Wie unter Punkt 12.1.1 dargestellt, verfügen 15 Prozent der amerikanischen Bevölkerung über keine soziale Absicherung gegen Krankheit. Doch selbst jene mit Krankenversicherungsschutz müssen hohe Eigenbeteiligungen leisten. Die meisten privaten Krankenversicherungen in den USA, die im Übrigen nach dem Kostenerstattungsprinzip vergüten, decken die Kosten für Gesundheitsleistungen nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze ab, sodass hohe Selbstbeteiligungen anfallen. Mit einem Anteil von 55 Prozent der privaten an den gesamten Gesundheitsausgaben (OECD Gesundheitsausgaben 2002, vgl. auch Tabelle 14.5 unter Punkt 14.2.5) heben sich die Vereinigten Staaten deutlich gegenüber den europäischen Staaten ab.

13 Zusammenschau

In diesem Kapitel werden die Selbstbeteiligungsregelungen der in den Kapiteln 5 bis 12 beschriebenen Gesundheitssysteme gegenübergestellt und auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Trends hin analysiert.

Gesundheitssysteme

Für die vorliegende Untersuchung wurden - in Abstimmung mit dem Auftraggeber - sieben EU-Mitgliedsländer sowie die Vereinigten Staaten von Amerika (USA) herangezogen. Es handelt sich dabei um eine ausgewogene Mischung aus Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen: Staaten mit einem Nationalen Gesundheitsdienst (Finnland, Großbritannien, Italien, Schweden), „Sozialversicherungsländer“ (Deutschland und Österreich als klassische Vertreter des Bismarck'schen Modells sowie die Niederlande mit einem Mischsystem aus öffentlicher und privater Krankenversicherung) und die Vereinigten Staaten als Vertreter eines wettbewerblich organisierten Systems, deren Gesundheitswesen aus einer Vielzahl von überwiegend privat finanzierten und organisierten Subsystemen besteht. Eine dominierende Rolle spielen dort die freiwilligen privaten Gruppen-Krankenversicherungen, die ausschließlich von den Beiträgen der Arbeitgeber finanziert werden; staatliche Systeme wie Medicare (Programm für ältere Menschen) und Medicaid (Programm für Einkommensschwache) decken nur etwa ein Viertel der Bevölkerung ab.

Zur besseren Einschätzung der Selbstbeteiligungsregelungen, zum Beispiel in Bezug auf Spitalsambulanzen, ist die Organisation der Leistungserbringung von Relevanz - also etwa die Frage, ob fachärztliche Leistungen schwerpunktmäßig in Einzelpraxen im niedergelassenen Bereich oder in Spitalsambulanzen angeboten werden. In den europäischen Ländern mit Nationalen Gesundheitsdiensten werden allgemeinmedizinische Leistungen verstärkt in Gesundheitszentren erbracht, die fachärztliche Versorgung (so in Finnland, Großbritannien und Schweden) wird im Wesentlichen über Spitalsambulanzen sichergestellt (vgl. auch ÖBIG 2001i). Die Allgemeinmediziner agieren als Gatekeeper, die den Zugang zum fachärztlichen und stationären Angebot steuern. In Sozialversicherungsländern kommt hingegen den Einzelpraxen - auch im fachärztlichen Bereich - eine höhere Bedeutung zu. In den amerikanischen Managed-Care-Systemen stellen die HMOs (Health Maintenance Organizations) den Versicherten diverse Angebote bereit, welche unterschiedliche Pakete aus ambulanten ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen, aber auch stationärer Versorgung umfassen können.

Eine Entwicklung, die in einigen der untersuchten Länder festgestellt wurde, betraf die Dezentralisierung im Gesundheitswesen, die sich nicht nur auf die Organisation der Leistungserbringung, sondern auch auf die finanzielle Verantwortung beziehen kann. Die verstärkte Regionalisierung ist insbesondere in den ursprünglich zentralistisch organisierten Nationalen Gesundheitsdiensten in Schweden, Großbritannien und zuletzt auch in Italien zu beobachten. In Folge der Dezentralisierung kann es zu regional unterschiedlich ausgestalteten Selbstbeteiligungsregelungen kommen.

Tabelle 13.1: Zusammenschau - Selbstbeteiligungsregelungen in den untersuchten Ländern 2002

Länder	D	SF	GB	I	NL	A	SWE	USA
System	GKV (ges. KV)	staatl. GD	NHS (staatl. GD)	SSN (staatl. GD)	ZFW (ges. KV)	ASVG (ges. KV)	staatl. GD	Medicare (staatl. Progr. f. Ältere)
Anteil Bev. ¹	88 %	~ 100 % ²	~ 100 %	100 %	95 % ³	80 %	100 %	13 %
Ambulante ärztliche Leistungen								
Selbst- beteili- gung	keine SB	€ 11,- bzw. € 15,- (außerhalb der Öff- nungszeiten) pro Arztbesuch, jährli- che Höchstgrenze von € 590,- für amb. und stat. Leistungen	keine SB	Hausärzte: keine SB Fachärzte: bis zu 100 Prozent mit einer Höchst- grenze von € 36,- pro Leistung	keine SB	„Krankenscheinge- bühr“ von € 3,63 pro Quartal	€ 10,80 bis € 16,20 pro Arztbesuch, zwölfmonatige Höchstgrenze von € 97,19 für amb. Leistungen	fakultative Zusatz- versicherung: Franchise von € 90,- / Jahr, plus 20 % Zuzahlung pro Inanspruch- nahme der Leis- tung
Ausnah- men	-	unter 18 Jahren	-	chronische bzw. seltene Krankhei- ten, best. Untersu- chungen ⁵	-	mitversicherte Kin- der, Pensionisten, best. Krankheiten, sozial Schwache	unter 20 Jahre, Wartezeiten	unter der Armuts- grenze
Zahnärztliche Leistungen								
Selbst- beteili- gung	keine SB bei Zahn- prophylaxe und konservierenden Leistungen, bei Zahnersatz SB von 50 %, „Bonussys- tem“: SB von 40 % / 35 % nach 5 / 10 Jahren mit jährl. Zahnarztbesuch	Basisgebühr von € 7,- (bzw. 11,-) pro Zahnarztbesuch, weitere € 5,- bis € 130,- je nach Leistung	proportionale SB von 80 % mit Höchstgrenze von € 592,32 pro Behandlung	keine SB bei Stan- dard-Zahnbehand- lung (Prophylaxe, Zahnziehen), weite- re Leistungen nicht im SSN-Leistungs- katalog	keine SB für Zahn- prophylaxe und kleinere Eingriffe 1 Mal pro Jahr, weite- re Leistungen nicht im ZFW- Leistungskatalog	„Zahnscheingeбühr“ von € 3,63 pro Quartal (Zahnbe- handlungen), unter- schiedliche prozen- tuelle Zuschüsse für Zahnersatz je nach Krankenkasse	SB von 70 % für zahnärztliche Leis- tungen der „Grund- versorgung“, weite- re Leistungen SB zu 100 %	nicht im Leistungs- katalog
Ausnah- men	niedriges Einkom- men	unter 18 Jahren	unter 18 bzw. 19 Jahren (in Ausbil- dung), niedriges Einkommen, Be- handlungen unter dem CDS, Schwan- gere, Mütter von Neugeborenen	chronische bzw. seltene Krankhei- ten, Behinderte ⁵	erweiterter Leis- tungskatalog für Personen mit Zahn- beschwerden, um- fassender Leis- tungskatalog für un- ter 18-Jährige	mitversicherte Kin- der, Pensionisten, best. Krankheiten, soziale Schwache	unter 20 Jahren, Äl- tere und Behinderte mit hohem Pflege- bedarf	-

Tabelle 13.1/Fortsetzung

Länder	D	SF	GB	I	NL	A	SWE	USA
Spitalsambulanzen								
Selbstbeteiligung	keine SB	€ 22,- pro Ambulanzbesuch, jährliche Höchstgrenze von € 590,- für amb. und stat. Leistungen	keine SB	bis zu 100 Prozent mit einer Höchstgrenze von € 36,- pro Leistung	keine SB	„Behandlungsbeitrag-Ambulanz“ von € 18,17 bzw. € 10,9 (mit Überweisung) mit jährlicher Höchstgrenze von € 72,67	Selbstbeteiligung von € 16,20 bis € 27,- pro Arztbesuch, zwölfmonatige Höchstgrenze von € 97,19 für amb. Leistungen	fakultative Zusatzversicherung: Franchise von € 90,- / Jahr, plus unterschiedliche SB je nach Leistungen
Ausnahmen	-	Ambulanzbesuche in psychiatrischen Krankenhäusern	-	chronische bzw. seltene Krankheiten, best. Untersuchungen ⁵	-	mitversicherte Kinder, best. Behandlungen (z.B. Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie), sozial Schwache	unter 20 Jahre, Wartezeiten	unter der Armuts-grenze
Arzneimittel								
Selbstbeteiligung	Referenzpreissystem ⁶ , ansonsten packungsgrößenabhängige Gebühr von € 4,-, € 4,50 und € 5,-	fixe Gebühr von € 8,41 plus 50 % des übersteigenden Betrags (bei best. Krankheiten: € 4,20 ohne od. mit 25 %-iger SB), Höchstgrenze von € 594,02 / Jahr	fixe Gebühr von € 10,- pro VO, Deckelung mit € 52,26 für vier Monate bzw. mit € 143,55 für ein Jahr möglich	Referenzpreissystem ⁶ , plus regionale SB: Rezeptgebühren zw. € 1,- und € 4,-, proportionale SB von 10 bis 20 % bzw. 21 bis 50 % für best. AM	Referenzpreissystem ⁶	„Rezeptgebühr“ von € 4,14 / VO	Referenzpreissystem ⁶ , degressiv gestaffeltes SB-Schema in Abhängigkeit von bisherigen AM-Ausgaben bis Höchstgrenze von € 464,36 / Jahr	mit Ausnahme weniger Arzneimittel nicht im Leistungskatalog
Ausnahmen	unter 18 Jahren, niedriges Einkommen, chronisch Kranke mit hohen Ausgaben für Gesundheit	keine	unter 16 bzw. 19 (in Ausbildung) und ab 60 Jahren, niedriges Einkommen, best. Krankheit., Schwangere, Mütter von Neugeborenen, Verhütungsmittel	chronische bzw. seltene Krankheiten, Behinderte ⁵	-	best. Krankheiten, sozial Schwache	Insulin	best. AM

AM = Arzneimittel, amb. = ambulant, ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, best. = bestimmte, Bev. = Bevölkerung, CDS = Community Dental Service, ges. KV = gesetzliche Krankenversicherung, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland), NHS = National Health Service, SB = Selbstbeteiligung, SSN = Servizio Sanitario Nazionale (Nationaler Gesundheitsdienst), staatl. GD = staatlicher Gesundheitsdienst, staatl. Progr. = staatliches Programm, stat. = stationär, VO = Verordnung, ZFW = Ziekenfondswet (Krankenkassengesetz)

Anmerkung: Liste der Ausnahmerebestimmungen aus Platzgründen zum Teil nicht vollständig (so bei Österreich), für ausführliche Informationen siehe die Länderportraits.

¹ Anteil der Bevölkerung, die unter das ausgewählte System fällt

² außer im zahnärztlichen Bereich

³ davon 64 Prozent pflichtversichert und 31 Prozent freiwillig

⁴ in Summe sind 99 % der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung abgedeckt, neben dem ASVG bestehen noch andere Systeme

⁵ plus weitere regionale Ausnahmerebestimmungen

⁶ Referenzpreissystem: Differenz zwischen erstattetem Betrag und Verkaufspreis des Arzneimittels

Quellen: Länderportraits - Kapitel 5 bis 12, ÖBIG-eigene Erhebungen

Das US-amerikanische Gesundheitswesen basiert - wie oben festgestellt - in starkem Maße auf privaten Strukturen und privater Finanzierung. Doch auch in den europäischen Ländern, die sich allesamt Einsparungen im Gesundheitswesen als Reformziel auf ihre Fahnen geheftet haben, vollzog sich in den 90er-Jahren eine Verlagerung in Richtung privater Finanzierung.

Selbstbeteiligung

In mehreren EU-Staaten wurden seit Jahrzehnten in einigen Bereichen des Gesundheitswesens Selbstbeteiligungen eingehoben; dies betraf insbesondere zahnärztliche Leistungen, Arzneimittel, Hilfsmittel und das Rettungswesen. Im Laufe der 90er-Jahre haben in Europa Selbstbeteiligungen immer mehr an Bedeutung gewonnen: Es wurden bestehende Zuzahlungen deutlich erhöht, neue eingeführt und bislang öffentlich finanzierte Leistungen aus den Katalogen der Sozialversicherungen bzw. der Nationalen Gesundheitsdienste gestrichen.

Die Gründe für die verstärkte Einforderung von Selbstbeteiligungen liegen in den Finanzierungsproblemen der europäischen Gesundheitssysteme: Die Eigenbeteiligung der Bevölkerung soll dazu beitragen, die Ausgaben für Gesundheit zu Lasten der öffentlichen Hand zu senken (Finanzierungseffekt). Von einzelnen Maßnahmen (vgl. etwa den in der vorliegenden Studie untersuchten Behandlungsbeitrag-Ambulanz, eine Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen in Österreich, siehe Kapitel 15) wird auch ein Steuerungseffekt (z. B. Verlagerung der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen in Richtung niedergelassener Bereich) erwartet (zur theoretischen Diskussion des Finanzierungs- und Steuerungseffekts vgl. Abschnitt 2.1). Im Zusammenhang mit dem Steuerungseffekt sind auch die manchmal angeführten „pädagogischen“ Ziele „Kostentransparenz für die Patienten“ oder „Förderung eines verantwortungsbewussten Verhaltens“ zu sehen (siehe dazu etwa das Gesundheitsreformgesetz von 1989 in Deutschland, vgl. Punkt 5.2.1).

Nur in seltenen Fällen konnte ein - meist kurzfristiger - gegenläufiger Trend zu den steigenden Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen festgestellt werden, der im Allgemeinen mit politischen Entwicklungen im Zusammenhang stand: Deutschland und die Niederlande schafften nach einem Regierungswechsel entsprechende Selbstbeteiligungsbestimmungen ab bzw. schwächten diese ab, und in Italien wollte Anfang 2001 die damalige Linksregierung eine Trendwende in Richtung Senkung der Eigenfinanzierung einleiten, was allerdings durch einen Regierungswechsel rückgängig gemacht wurde.

Die aktuellen - das heißt, im Jahr 2002 - gültigen Selbstbeteiligungsregelungen sowie deren Ausnahmeregelungen in den acht untersuchten Ländern werden in Tabelle 13.1 für die Bereiche ambulante ärztliche Leistungen, zahnärztliche Leistungen, Spitalsambulanzen und Arzneimittel dargestellt. Für die Sozialversicherungsländer, in denen es mehrere Subsysteme für verschiedene Arbeitnehmergruppen gibt, wurde dabei das dominanteste - die größte Bevölkerungsgruppe umfassende - System ausgewählt. Für die USA werden die Regelungen im staatlichen Programm Medicare dargestellt, eine überblicksmäßige Zusammenfassung der Selbstbeteiligungen im zweiten bedeutenden staatlichen Programm Medicaid ist aufgrund unterschiedlicher Regelungen in den Bundesstaaten nicht möglich (vgl. Abschnitt 12.2).

Die Analyse der Selbstbeteiligungsregelungen in den acht untersuchten Ländern wird pro Leistungsbereich vorgenommen und folgt dabei der in Abschnitt 2.2 vorgestellten Kategorisierung der verschiedenen Selbstbeteiligungsformen (Abbildung 2.2):

- Mengenregulierung

Eine Mengenregulierung kann sowohl in Form von Leistungsbeschränkung (ganze Leistungskategorien werden aus der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen) als auch eines selektiven Ausschlusses (Herausnahme einzelner Leistungen) erfolgen. Eine Mengenregulierung ist typisch für den zahnärztlichen Bereich, findet sich in einigen Ländern auch bei Arzneimitteln, wo bestimmte Produkte - etwa im Rahmen einer Negativliste - von der Erstattung ausgeschlossen sind.

- Pretiale Selbstbeteiligung

Bei den pretialen Selbstbeteiligungen gibt es verschiedene Ausgestaltungen: In den acht untersuchten Ländern kommen proportionale Selbstbeteiligungen (bei denen die Patienten einen prozentuellen Selbstbeteiligungssatz leisten), Abzugsfranchisen (bis zu einem fixen Betrag trägt der Versicherte selbst die Kosten), feste Gebühren und Indemnitätsregelungen (Festbeträge) zur Anwendung. Pretiale Selbstbeteiligungen können mit einer Höchstgrenze ausgestattet sein, ab der die Inanspruchnahme weiterer Leistungen im Rahmen eines bestimmten Zeitraums (im Allgemeinen zwölf Monate) zuzahlungsfrei möglich ist.

- Dynamische Selbstbeteiligungen

Dynamische Beteiligungsformen wie ein Bonus-Malus-System oder eine Beitragsrückgewähr sind vor allem für private Versicherungen typisch, eine solche Regelung per se wurde in keinem der untersuchten Leistungsbereiche in den acht Ländern entdeckt. Einige Selbstbeteiligungsregelungen sind allerdings in einer bestimmten Weise (etwa mit Anreiz- oder Sanktionsmechanismen) ausgestaltet, um einen Steuerungseffekt zu erzielen. Beispiele dafür sind das „Bonussystem“ im zahnärztlichen Bereich in Deutschland (regelmäßiger Zahnarztbesuch reduziert über die Jahre hinweg die Höhe der Zuzahlung), eine niedrigere Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen während der regulären Öffnungszeiten in Finnland bzw. eine höhere Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen ohne Überweisungsschein in Österreich.

In den untersuchten Leistungsbereichen zeigt sich nun folgendes Bild.

Ambulante ärztliche Leistungen

- In Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden können ärztliche Leistungen im niedergelassenen Bereich zuzahlungsfrei in Anspruch genommen werden, in Italien fallen für Leistungen der Primärversorgung (Hausärzte) keine Selbstbeteiligungen an. Für ambulante fachärztliche Leistungen kommt in Italien eine proportionale Selbstbeteiligung bis zu einer Höchstgrenze pro Leistung zur Anwendung.
- In Finnland und Schweden werden für ambulante ärztliche Leistungen feste Gebühren pro Inanspruchnahme eingehoben, wobei eine jährliche Höchstgrenze die Selbstbeteiligungen nach oben hin begrenzt. Die feste Gebühr für ambulante ärztliche Leistungen in Österreich („Krankenscheingebühr“) gilt für ein Quartal.

- Die Regelung in den USA unterscheidet sich von jener der europäischen Staaten: Beim staatlichen Programm Medicare sind ambulante Leistungen nur im Rahmen einer fakultativen Zusatzversicherung abgedeckt. Es sind eine Abzugsfranchise und darüber hinaus proportionale Zuzahlungen pro Leistung zu zahlen.
- Die bestehenden Selbstbeteiligungen für ambulante ärztliche Leistungen sind in den untersuchten Ländern vor allem in den USA und in Finnland als ziemlich hoch einzuschätzen. In Schweden wird die feste Gebühr bei der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen, welche sich in etwa in der gleichen Höhe wie in Finnland bewegt, durch eine deutlich niedrigere Höchstgrenze als in seinem skandinavischen Nachbarland limitiert.

Zahnärztliche Leistungen

- In den meisten Ländern (wie Deutschland, Italien, Niederlande, Österreich, Schweden) ist nur ein Teil der zahnärztlichen Leistungen (im Allgemeinen die sogenannte Standardversorgung, zu der regelmäßige Kontrolluntersuchungen sowie konservierende Leistungen zählen) im Leistungskatalog der Sozialversicherung bzw. des Nationalen Gesundheitsdienstes enthalten. Diese Standardleistungen können von den Patienten - zuzahlungsfrei oder mit einer bestimmten Selbstbeteiligung - zu Lasten der öffentlichen Hand in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus gehende Leistungen, insbesondere des Zahnersatzes und der Kieferchirurgie, werden von der öffentlichen Hand nicht getragen und müssen meist zur Gänze von den Patienten selbst bezahlt werden.
- In drei der untersuchten Länder Europas fallen auch bei zahnärztlichen „Standardleistungen“ Selbstbeteiligungen an: feste Gebühren in Finnland (pro Inanspruchnahme) und in Österreich (pro Quartal) und eine proportionale Selbstbeteiligung pro Behandlung in Großbritannien, die zwar durch eine Höchstgrenze limitiert ist, deren Ausmaß jedoch als eher hoch zu werten ist.
- Im Leistungskatalog des amerikanischen Medicare-Programms sind zahnärztliche Leistungen überhaupt nicht inkludiert.
- Ein Vergleich hinsichtlich des Ausmaßes der Selbstbeteiligungen ist aufgrund des Ausschlusses von zahnärztlichen Leistungen aus den Pflichtleistungskatalogen schwer möglich: Für die Medicare-Versicherten in den USA wie auch für die Mitglieder des finnischen und auch des britischen Gesundheitsdienstes scheint der zahnärztliche Bereich mit hohen finanziellen Belastungen verbunden zu sein. Eine vergleichsweise geringere Eigenbeteiligung müssen die Patienten in Deutschland und Italien tragen, da hier zumindest Leistungen im Rahmen der „Standard“-Zahnbehandlung zuzahlungsfrei in Anspruch genommen werden können.
- Grundsätzlich ist zu sagen, dass der zahnärztliche Bereich - vor allem außerhalb der Standardversorgung - mit hoher Eigenbeteiligung seitens der Patienten verbunden ist.

Spitalsambulanzen

- Die Selbstbeteiligungsregelungen für Spitalsambulanzen sind in einigen Ländern gleich wie jene für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich ausgestaltet.
- In Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden können - wie im niedergelassenen Bereich - Spitalsambulanzen ohne Selbstbeteiligung in Anspruch genommen werden.

- In Italien fällt in Spitalsambulanzen die gleiche proportionale Selbstbeteiligung (mit einer Höchstgrenze pro Leistung) wie für fachärztliche Leistungen im niedergelassenen Bereich an.
- Auch bei Medicare in den USA gelten für in Spitalsambulanzen erbrachte Leistungen die gleichen Selbstbeteiligungsregelungen (Abzugsfranchise und proportionale Zuzahlungen) wie im niedergelassenen Bereich.
- Wie für Leistungen von niedergelassenen Ärzten werden in Finnland und Schweden feste, mittels einer jährlichen Höchstgrenze limitierte Gebühren pro Inanspruchnahme einer Spitalsambulanz gefordert, allerdings sind diese Selbstbeteiligungen höher als im niedergelassenen Bereich.
- Nur in Österreich wurde mit dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz eine vom niedergelassenen Bereich unterschiedliche Regelung (feste Gebühr pro Leistungsinanspruchnahme mit jährlicher Höchstgrenze) eingeführt.
- Hinsichtlich der Höhe der Selbstbeteiligungen zeigt sich ein ähnlich differenziertes Bild wie bei den ambulanten ärztlichen Leistungen: Staaten mit einem zuzahlungsfreien Zugang zu Spitalsambulanzen (Deutschland, Großbritannien und Niederlande) stehen die USA, Finnland und auch Schweden mit einer hohen Selbstbeteiligung bei Spitalsambulanzen gegenüber.

Arzneimittel

- Im Arzneimittelbereich haben alle der untersuchten Länder Selbstbeteiligungen eingeführt. In manchen Staaten (Deutschland, Finnland, Italien, Schweden) werden mehrere Selbstbeteiligungsformen parallel angewandt: Mengenregulierung, feste Gebühren, proportionale Selbstbeteiligungen und Indemnitätsregelungen (Festbeträge) in Form von Referenzpreissystemen.
- Referenzpreissysteme wurden vorwiegend im Laufe der 90er Jahre eingeführt und finden sich nun in Deutschland, Italien, den Niederlanden und Schweden. Dabei wird für ähnliche Arzneimittel ein festgelegter Preis (Referenzpreis) erstattet, die Patienten müssen bei Preisüberschreitung die Differenz zu dem Referenzpreis selbst zahlen.
- Eine drastische Mengenregulierung ist unter dem amerikanischen Medicare-Programm gegeben, das nur sehr wenige Arzneimittel abdeckt. Eine Mengenregulierung in geringerer Größenordnung erfolgt aber auch in Deutschland, Großbritannien, Italien, Österreich (betrifft allerdings nur sehr wenige Arzneimittel) und in Schweden mittels Negativlisten (vgl. auch ÖBIG 2001i).
- Eine feste Gebühr („Rezeptgebühr“) fällt in Deutschland, Finnland, Großbritannien, einigen Regionen Italiens und Österreich an.
- Proportionale Selbstbeteiligungen in Folge der Zuordnung von Arzneimitteln in Klassen mit unterschiedlicher Erstattungs- und somit Selbstbeteiligungshöhe bestehen weiters in Finnland, einigen Regionen Italiens und in Schweden.
- Hinsichtlich der finanziellen Belastung für die Patienten stechen auch hier wiederum die USA hervor. Auch in den beiden skandinavischen Ländern dieser Untersuchung sind die Selbstbeteiligungen eher hoch, insbesondere ist die Limitierung auf vergleichsweise hohem Niveau angesetzt. Sobald die Höchstgrenze einmal überschritten ist, kann allerdings

- wie etwa in Schweden beobachtet wurde (vgl. Punkt 11.2.5) - die Nachfrage nach Arzneimitteln zunehmen. Weiters kann die Rezeptgebühr in Österreich - die im Gegensatz zu der höheren Gebühr in Großbritannien jedoch nicht gedeckelt ist - für Patienten mit einem hohen Bedarf an Arzneimitteln eine finanzielle Belastung darstellen. Mit zunehmendem Alter steigt der Arzneimittelkonsum überproportional an: Während der durchschnittliche Arzneimittelverbrauch in Österreich bei rund 21 Packungen im Jahr liegt, benötigen Menschen ab 60 Jahren 47 Packungen und Menschen ab 70 Jahren bereits 59 Packungen (Österreichische Apothekerkammer 2002). Somit kann die Selbstbeteiligung für manche Patienten (chronisch Kranke), insbesondere bei einem knapp über dem Richtwert zur Rezeptgebührenbefreiung (vgl. Abschnitt 10.3) liegenden Einkommen, zu einer Belastung werden.
- Eine im Vergleich eher niedrige Selbstbeteiligung fällt in den Niederlanden an, wo neben dem Referenzpreissystem keine weitere Zuzahlungsregelung in Kraft ist.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Selbstbeteiligungen in den vier untersuchten Leistungsbereichen durchaus verbreitet sind. Nur in Deutschland, Großbritannien, Italien und den Niederlanden sind zur Zeit bei ambulant erbrachten allgemeinmedizinischen und/oder zahnärztlichen Leistungen („Standardversorgung“) keine Selbstbeteiligungen zu leisten. In den beiden skandinavischen Ländern Finnland und Schweden sowie in Österreich werden Selbstbeteiligungen im Wesentlichen in Form von festen Gebühren auferlegt, während in Großbritannien und Italien eher proportionale Selbstbeteiligungen zur Anwendung kommen. Bei den untersuchten Ländern findet sich nur in den USA (Medicare) eine Franchise.

Innerhalb der EU-Staaten bestehen in Finnland, Schweden und - seit kurzem (2002) - auch in Italien regionale Unterschiede, da die Provinzen bzw. Regionen unter Beachtung bestimmter Vorgaben des Zentralstaates eigene Selbstbeteiligungen einheben dürfen. Wird den Regionen die Einführung von Selbstbeteiligungen überlassen, so machen diese im Allgemeinen auch tatsächlich davon Gebrauch: meist unter Ausschöpfung der maximal zulässigen Höhe.

Ausnahmebestimmungen

Wie unter Punkt 2.1.2 dargestellt, werden Befreiungen von Selbstbeteiligungen üblicherweise in zwei Typen eingeteilt:

- Zu den sozial indizierten Regelungen werden Befreiungen für Kinder oder für bestimmte soziale Gruppen (z. B. Personen mit niedrigem Einkommen) gezählt.
- Unter die medizinisch indizierten Regelungen fallen Ausnahmen bei Vorliegen bestimmter Krankheitsbilder, Unfälle oder Schwangerschaft.

In den untersuchten Ländern (vgl. Tabelle 13.1) finden sich sowohl medizinisch bedingte Befreiungen (insbesondere Ausnahmen für chronisch Kranke, aber auch für Behinderte, für bestimmte Untersuchungen oder Behandlungen) als auch sozial begründete Ausnahmen (Einkommensschwache). Was das Alter als Befreiungsgrund betrifft, so bestehen in einigen Ländern Ausnahmen für Kinder und Jugendliche (im Allgemeinen wird 18 Jahre als Höchstgrenze gesehen), eher selten für ältere Menschen. In mehreren Ländern kommen sozial und medizinisch indizierte Befreiungen gleichzeitig zur Anwendung. In Großbritannien, Österreich und in einigen Regionen Italiens sind die Ausnahmeregelungen weitreichend; es sind verschiedenste Patientengruppen von den Selbstbeteiligungen ausgenommen. Bestimmte Arz-

neimittel können in wenigen Ländern (z. B. Verhütungsmittel in Großbritannien, Insulin in Schweden) zuzahlungsfrei bezogen werden. Als eine weitere Ausnahmeregelung sei noch die Bestimmung in Schweden angeführt, dass, falls Patienten bei vereinbarten Arztterminen länger als 30 bzw. 45 Minuten (regional unterschiedlich) warten müssen, sie die Selbstbeteiligung rückerstattet bekommen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass Ausnahmeregelungen für Selbstbeteiligungen üblich sind. Als Ausnahme sticht Finnland hervor, wo für die Selbstbeteiligung im Arzneimittelbereich keine Befreiung vorgesehen ist.

Die Übersicht in Tabelle 13.1 vermittelt ein gewisses Muster: vergleichsweise viele Selbstbeteiligungsregelungen bei eher wenigen Ausnahmen in den beiden skandinavischen Ländern Finnland und Schweden; eine Reihe von Regelungen in Italien und Österreich, allerdings bei einer breiten Palette an Befreiungen; ein ziemlich eingeschränkter Leistungskatalog beim Medicare-Programm in den USA; eher wenige Selbstbeteiligungsbestimmungen in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden. Um aber eine Aussage über die tatsächliche Belastung der Versicherten treffen zu können, müsste die Höhe der Eigenfinanzierung der Patienten in den Ländern analysiert und verglichen werden. Dies ist nun Gegenstand des folgenden Kapitels 14.

III. Wirksamkeitsanalyse (ÖBIG)

14. Ländervergleich auf Makroebene

14.1 Einleitung

Nach Darstellung der Selbstbeteiligungsregelungen in den Kapiteln 5 bis 13 werden nun gesundheitspolitisch relevante Schlüsselindikatoren zu den untersuchten Ländern ermittelt und vergleichend gegenübergestellt. Dabei handelt es sich um allgemeine ökonomische sowie demographische Indikatoren, um Kennzahlen zum Ressourcenangebot, zur Nachfrage (Inanspruchnahme) sowie um jene zu den Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung. Weiters werden Indikatoren präsentiert, die das Ausmaß der Belastung der Bevölkerung durch Selbstbeteiligungen sowie den Finanzierungsanteil der privaten Haushalte insgesamt zeigen.

Schlussendlich wird nach einer Clusterung der länderspezifischen Kennzahlen der Versuch unternommen, ob mit der Analyse der Daten auf Makroebene Zusammenhänge zwischen der Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen und dem Ausmaß der Selbstbeteiligung sowie den Gesundheitsausgaben ableitbar sind.

Als primäre Datenquelle wurde die aktuelle Gesundheitsdatenbank der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD Gesundheitsdaten 2002) herangezogen. Bereits seit über 20 Jahren bemüht sich die OECD um eine möglichst vollständige Erfassung und Harmonisierung aller relevanten Daten der Gesundheitssysteme ihrer Mitgliedsländer. Dennoch bestehen Datenlücken (bedingt durch unterschiedliche Definitionen und Abgrenzungen) und Unterschiede bezüglich der Methodik der von den Mitgliedsländern gemeldeten Daten. Wenn auch systematische Datenkritik durchaus angebracht ist, ist diese Datenquelle die einzige Standarddatenbank für internationale Vergleiche.

14.2 Kennzahlen im Vergleich

14.2.1 Ökonomie und Demographie

Tabelle 14.1 zeigt sowohl ökonomische (Bruttoinlandsprodukt pro Kopf) als auch demographische Kennzahlen (Altersstruktur der Bevölkerung und Lebenserwartung) der untersuchten acht Länder. Als Vergleichsgrößen wurden der Mittelwert der 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU-15) sowie der Mittelwert der sieben in dieser Studie untersuchten europäischen Länder (EU-7) herangezogen. Die ermittelten Kennzahlen wurden aufsteigend gereiht: an erster Stelle wurde das Land mit dem niedrigsten, an letzter jenes mit dem höchsten Wert bzw. Anteil platziert.

Ökonomischer Kontext

Eine wichtige Determinante für Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen und letztlich auch des Gesundheitszustandes ist das national erwirtschaftete Einkommen, ausgedrückt im Bruttoinlandsprodukt. Steigender Wohlstand geht mit zunehmender Nachfrage

nach Gesundheitsleistungen und folglich auch mit höheren Gesundheitsausgaben einher. So wird in den Vereinigten Staaten das weitaus höchste Pro-Kopf-Einkommen erzielt, sie weisen auch mit Abstand die höchsten Gesundheitsausgaben auf. Niedrige Pro-Kopf-Einkommen sind in Großbritannien gefolgt von Schweden und Finnland zu beobachten. Diese Länder zählen auch zu jenen mit niedrigeren Gesundheitsausgaben. Österreich liegt sowohl beim Bruttoinlandsprodukt als auch bei den Gesundheitsausgaben im Ländervergleich jeweils etwas über dem EU-Durchschnitt (vgl. Tabelle 14.1 und Tabelle 14.4).

Altersstruktur

Ältere Menschen benötigen mehr Gesundheits- und Pflegeleistungen als jüngere Menschen. Eine OECD-Untersuchung (OECD 2001) in 14 OECD-Ländern ergab, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit bei den über 65-jährigen Menschen zwei bis fünfmal höher sind als jene der Altersgruppe der unter 65-Jährigen. Insofern spielt auch die Altersstruktur der Bevölkerung bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eine nicht unbeträchtliche Rolle. Mit einem hohen Anteil an älteren Menschen stechen Italien und Schweden hervor, eine deutlich jüngere Bevölkerungsstruktur weisen die USA und die Niederlande auf (vgl. Tabelle 14.1).

Tabelle 14.1: Ländervergleich - Ökonomische und demographische Kennzahlen, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr

Bruttoinlandsprodukt/Kopf		Anteil Bevölkerung 65+		Lebenserwartung bei der Geburt	
Land	in USD KKP	Land	in Prozent	Land	Jahre
GB	24.323	USA	12,3	USA *	76,7
SWE	24.845	NL	13,7	SF *	77,4
SF	25.078	SF	14,9	GB *	77,4
I	25.206	A	15,5	D *	77,7
EU-7	25.704	EU-15	15,7	EU-15	77,8
D	25.936	GB	15,8	NL *	77,9
EU-15	26.052	EU-7	16,0	A *	78,0
A	26.864	D	16,4	EU-7	78,1
NL	27.675	SWE	17,4	I **	78,5
USA	35.657	I	18,1	SWE *	79,9

* = 1999; ** = 1997

KKP = Kaufkraftparitäten

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2002, Stand: August 2002; ÖBIG-eigene Berechnungen

Einige empirische Untersuchungen der letzten Jahre zeigten, dass ein großer Teil der Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren vor dem Tod zum Tragen kommt und sich nicht gleichmäßig auf die Jahre nach dem 65. oder 75. Lebensjahr verteilt. Nach einer kanadischen Studie (Pollock 2001, zitiert in OECD 2001) kam zu dem Ergebnis, dass ungefähr ein Drittel der Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr anfällt. Auch eine Schweizer Langzeituntersuchung ergab, dass sich die Ausgaben schwerpunktmäßig auf die letzten zwei Lebensjahre konzentrierten (Zweifel et al. 1999, zitiert in OECD 2001). Diese Erkenntnisse spielen insofern eine Rolle, da sie zeigen, dass ein hoher Anteil der Gesundheitsausgaben durch die hohen „Kosten des Sterbens“ veranlasst sind. Bei Ländern mit einem höheren An-

teil an älteren Menschen befinden sich wohl auch mehr Menschen in den letzten Lebensjahren. Angesichts des steigenden Anteils älterer Menschen, auf die es mit einem adäquaten Angebot an Gesundheitsleistungen und auch Pflegeeinrichtungen zu reagieren gilt, haben sich die meisten OECD-Länder auch zukünftig weiter verstärkt mit einem solchen Angebot zu beschäftigen.

Gesundheitsstatus

Die Lebenserwartung ist ein „Standard“-Indikator bei internationalen Vergleichen, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu beschreiben. Die Lebenserwartung bildet allerdings nur die Mortalität, nicht die Morbidität der Bevölkerung ab. In fast allen OECD-Ländern ist die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten beträchtlich angestiegen (im OECD-Durchschnitt zwischen 1960 und 1998 für Männer um 7 ½ Jahre, für Frauen um fast neun Jahre). Tabelle 14.1 veranschaulicht die Lebenserwartung für Männer und Frauen bei der Geburt. In Schweden kann die Bevölkerung mit der höchsten Lebenserwartung rechnen, in den USA mit den niedrigsten. Ein Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung - als „unvollständiger“ Outputindikator des Gesundheitswesens - und Gesundheitsausgaben bzw. Ressourcen im Gesundheitswesen besteht nicht direkt, weil der „Output“ des Gesundheitswesens - guter Gesundheitszustand der Bevölkerung - nur teilweise vom Subsektor „Gesundheitswesen“ bestimmt wird. Wichtige Einflussfaktoren liegen außerhalb des Gesundheitswesens. Es handelt sich dabei um sozioökonomische Faktoren (Einkommen und dessen Verteilung, Bildungsniveau), genetische Veranlagung, Umweltfaktoren, etc.

14.2.2 Angebot

An internationalen Vergleichsdaten zum Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen können die Anzahl der Akut-Betten im stationären Bereich sowie die Anzahl aller praktizierenden Ärzte (Allgemein- und Fachärzte, Zahnärzte) herangezogen werden. In Tabelle 14.2 sind die Akut-Bettendichte (Anzahl der Akut-Betten pro 1.000 Einwohner) und die Ärzte- und Zahnärztedichte (Anzahl der Ärzte bzw. Zahnärzte pro 1.000 Einwohner) dargestellt.

Seit Anfang der 90er-Jahre bauten fast alle Länder ihre Akut-Betten in Krankenanstalten ab. Den höchsten Rückgang verzeichnete Finnland (4,3 Akut-Betten pro 1.000 Einwohner im Jahr 1990 auf 2,4 im Jahr 2000), danach folgt Schweden. Diese Länder weisen im Ländervergleich im Jahr 2000 auch die niedrigste Akut-Bettendichte auf. Lediglich in Großbritannien, das im Jahr 1990 die niedrigste Akut-Bettendichte aufwies, kam es zu einer Aufstockung der Bettenkapazität.

Gegenläufig verlief die Entwicklung bei der ärztlichen Versorgung. In allen Vergleichsländern stieg im Laufe der 90er-Jahre die Ärztedichte an. Die zahnärztliche Versorgung blieb im Zeitverlauf eher konstant.

In Deutschland und Österreich ist die Angebotsstruktur im Ländervergleich - trotz des in den letzten Jahren erfolgten Akut-Bettenabbaus - als krankenhauszentriert zu bezeichnen. Deutschland sticht sowohl durch eine hohe Akut-Bettendichte als auch durch eine hohe ärztliche Versorgung hervor. Schweden und Finnland weisen die höchste Zahnärztedichte auf.

Die USA liegen bei allen drei Kennzahlen zum Ressourcenangebots sowohl unter dem Durchschnitt der EU-7-Länder als auch der EU-15-Länder (vgl. Tabelle 14.2).

Tabelle 14.2: Ländervergleich - Angebot, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr

Akutbetten		Praktizierende Ärzte		Praktizierende Zahnärzte	
Land	pro 1.000 EW	Land	pro 1.000 EW	Land	pro 1.000 EW
SF	2,4	GB	1,8	GB	0,4
SWE	2,4	USA *	2,8	NL	0,5
USA	3,0	SWE *	2,9	A	0,5
GB	3,3	SF	3,1	I	0,6
NL	3,5	A	3,1	USA *	0,6
EU-15	4,0	NL	3,2	EU-7	0,7
EU-7	4,1	EU-7	3,4	EU-15	0,7
I *	4,5	EU-15	3,4	D	0,8
A	6,2	D	3,6	SF	0,9
D	6,4	I	6,0	SWE	0,9

* = 1999

EW = Einwohner

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2002, Stand: August 2002; ÖBIG-eigene Berechnungen

14.2.3 Nachfrage

Zur Einschätzung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird für den stationären Sektor die Anzahl der Krankenhausaufnahmen - eine Krankenhausaufnahme inkludiert mindestens eine Übernachtung - pro 1.000 Einwohner sowie die mittlere Verweildauer in Akut-Krankenanstalten herangezogen. Die Kennzahl „Arztkontakte pro Einwohner“ bezieht sich auf den ambulanten Sektor; die Anzahl der Arztkontakte umfasst laut OECD-Definition alle ärztlichen Konsultationen in einer niedergelassenen Praxis, in Gesundheitszentren sowie in Ambulanzen von Krankenanstalten, wobei hier vor allem in Finnland, Großbritannien und Schweden die fachärztliche Versorgung des ambulanten Sektors angeboten wird (vgl. Kapitel 13). Zum Arzneimittelkonsum steht nach einer ÖBIG-Untersuchung (ÖBIG 2001i) die Anzahl der Arzneimittel, die zu Lasten der öffentlichen Hand (Sozialversicherung bzw. staatlicher Gesundheitsdienst) ärztlich verordnet werden, zur Verfügung (Tabelle 14.3).

Zwischen 1990 und 2000 zeichnet sich bei der stationären Inanspruchnahme folgender Trend ab: Die Krankenhausaufnahmen haben in fast allen untersuchten Ländern (Ausnahmen: Niederlande, USA und Großbritannien) zugenommen, während die Verweildauer (Ausnahme: USA) gesunken ist. In Österreich war der Rückgang um drei Tage (1990: 9,3 Tage, 2000: 6,3 Tage) deutlich ausgeprägt, in Deutschland reduzierte sich die durchschnittliche Verweildauer sogar noch stärker und zwar um 4,5 Tage (1990: 14,1 Tage - dies war der höchste Wert im Ländervergleich - auf, 9,6 Tage im Jahr 2000). Zu beachten ist jedoch, dass dieser Trend nicht unbedingt mit einer Abnahme der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen einhergehen muss, da in vielen Ländern die sogenannten „Ein-Tages-Fälle“ zunehmen, die nicht in der Anzahl der Krankenhausaufnahmen mitgezählt sind. Beispielsweise

werden in den USA etwa die Hälfte aller chirurgischen Operationen nunmehr ohne stationäre Aufnahme durchgeführt (OECD 2001).

Ärzte wurden - in den Ländern, für die eine Zeitreihe verfügbar waren - verstärkt in Anspruch genommen. Auch die Verordnung von Arzneimitteln nahm in fünf der sieben untersuchten europäischen Ländern zu; lediglich in Deutschland und Italien kam es in den 90er-Jahren aufgrund zahlreicher massiver Sparmaßnahmen zeitweilig zu Rückgängen (vgl. hierzu auch ÖBIG 2001h).

Deutschland zeigt sowohl hinsichtlich der Anzahl der Aufnahmen als auch bei der Verweildauer der Patienten in Krankenanstalten hohe Werte. In Österreich konnte die Verweildauer beträchtlich gesenkt werden, dies jedoch bei zunehmender Anzahl von Krankenhauseinweisungen. Ein Zusammenhang zwischen stationären Ressourcen (vgl. Tabelle 14.2) und der Anzahl der Krankenhausaufnahmen kann für Österreich und Deutschland (hohe Bettendichte, hohe Krankenhaushäufigkeit) vermutet werden. Finnland hingegen hat im Ländervergleich trotz vieler Krankenhausaufnahmen die niedrigste Bettendichte und auch Verweildauer.

Der Vergleich der Anzahl der Arztkontakte mit der Anzahl der praktizierenden Ärzte kann die These der angebotsinduzierten Nachfrage teilweise bestätigen (z. B. Deutschland, Italien). Österreich weist die höchste Inanspruchnahme von Ärzten auf, dies jedoch bei einer Ärztedichte, die unter dem EU-7- als auch EU-15-Schnitt liegt.

Eine von der OECD vorgenommene Untersuchung in 17 OECD-Ländern hinsichtlich des Zusammenhanges von Angebot und Inanspruchnahme von Ärzten ergab eine schwach positive Korrelation (OECD 2001).

Tabelle 14.3: Ländervergleich - Nachfrage, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr

Aufnahmen akut-stationär		Verweildauer akut-stationär		Arztkontakte		Verordnungen	
Land	pro 1.000 EW	Land	in Tagen	Land	pro EW	Land	pro EW
NL	93,2	SF	4,4	SWE	2,8	SF *	5,0
USA	117,6	SWE	5,0	SF	4,3	NL *	5,7
GB	147,0	USA *	5,9	EU-14	5,3	I *	5,8
SWE ***	159,0	GB	6,2	GB **	5,4	SWE *	6,9
EU-15	159,9	A	6,3	EU-7	5,4	EU-7	8,0
I **	175,7	EU-7	6,8	USA ***	5,8	EU-12	8,3
EU-7	180,9	EU-15	7,0	NL	5,9	D *	9,5
SF	203,0	I	7,2	I	6,1	GB *	10,6
D	205,2	NL	9,0	D ***	6,5	A *	12,5
A	283,0	D	9,6	A	6,7	USA	n.v.

* = 1999; ** = 1998; *** = 1996

EU-14 = ohne Irland

EU-12 = ohne Belgien, Frankreich, Griechenland

EW = Einwohner

n.v. = nicht verfügbar

Quellen: OECD Gesundheitsdaten 2002, Stand: August 2002; ÖBIG 2001i; ÖBIG-eigene Berechnungen

14.2.4 Gesundheitsausgaben

Steigende Gesundheitsausgaben sind in vielen Ländern ein Problem, weil die Ausgaben für Gesundheit großteils von der öffentlichen Hand - entweder über Steuern oder lohnabhängige Beiträge - finanziert werden und somit die restriktiven öffentlichen Budgets belasten.

Unter den Gesundheitsausgaben fallen sowohl die Ausgaben der privaten Haushalte als auch jene der öffentlichen Haushalte für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen sowie Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur. Zur Harmonisierung der Daten - sowohl der Ausgaben als auch deren Finanzierung - gab die OECD im Mai 2000 ein Handbuch („A System of Health Accounts“) mit Richtlinien für die Erfassung und der Meldung der Daten heraus. Bezüglich der Umsetzung der Vorgaben befinden sich die einzelnen OECD-Mitgliedsländer jedoch in unterschiedlichen Phasen:

- Einige Länder führen eigene „Gesundheitskonten“, die den OECD-Vorgaben im Großen und Ganzen entsprechen (z. B. Großbritannien, Niederlande, Deutschland, USA).
- Eine zweite Gruppe von Ländern ermittelt die Daten auf Basis der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (z. B. Österreich, Schweden, Italien), wobei hier in vielen Fällen keine detaillierte Differenzierung nach einzelnen Teilsektoren (wie z. B. stationärer oder ambulanter Sektor) des Gesundheitswesens vorgenommen werden kann; auch sind Daten über die Ausgaben der privaten Haushalte teilweise nur eingeschränkt verfügbar. In einigen Fällen bestehen Abgrenzungsprobleme zwischen dem „Sozial-“ und dem „Gesundheitssektor“.
- Eine dritte Gruppe von Ländern ermittelt ihre Gesundheitsausgaben zwar auf Basis von eigenen „Gesundheitskonten“, deren Definitionen und Abgrenzungen jedoch nur teilweise den OECD-Vorgaben entsprechen (z. B. Finnland, Spanien, Türkei).
- Für eine vierte Gruppe von Ländern schätzt die OECD die Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung auf Basis der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung selbst ab. Zu dieser Gruppe zählt beispielsweise Belgien (vgl. Note on General Comparability of Health Expenditure and Finance Data in OECD Health Data 2002).

Die dokumentierten Ausgaben- und Finanzierungsdaten sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Da für Teilsektoren des Gesundheitswesens (wie stationärer/ambulanter Bereich) Daten unvollständig oder gar nicht gemeldet sind, sind nur die Gesundheitsausgaben insgesamt vergleichbar.

Bei den Gesundheitsausgaben pro Einwohner (gemessen in USD-Kaufkraftparitäten) zeigt sich zwischen den USA und den Mitgliedsländern der Europäischen Union ein großes Gefälle: In den USA wird pro Einwohner mehr als doppelt so viel für Gesundheit aufgewendet als in den EU-Mitgliedsländern. Sowohl bei den Gesundheitsausgaben pro Einwohner als auch beim Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stehen die USA an erster, Finnland an letzter Stelle (vgl. Tabelle 14.4).

Tabelle 14.4: Ländervergleich - Gesundheitsausgaben, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr

Gesundheitsausgaben gesamt		Gesundheitsausgaben gesamt	
Land	in USD-KKP pro EW	Land	in % des BIP
SF	1.664	SF	6,6
SWE *	1.748	GB	7,3
GB	1.763	SWE *	7,9
EU-15	2.024	A	8,0
I	2.032	EU-15	8,0
EU-7	2.052	I	8,1
A	2.162	NL	8,1
NL	2.246	EU-7	8,1
D	2.748	D	10,6
USA	4.631	USA	13,0

* = 1998

BIP = Bruttoinlandsprodukt, EW = Einwohner, KKP = Kaufkraftparitäten

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2002, Stand: August 2002; ÖBIG-eigene Berechnungen

14.2.5 Finanzierung

Bei den Daten zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben sind - in noch stärkerem Ausmaß - die unter Punkt 14.2.4 angeführten methodischen Defizite zu berücksichtigen. Wie die Datenlücken dokumentieren, haben nur wenige Länder eine umfassende „Finanzierungsrechnung“ im Gesundheitswesen etabliert. Bei den Finanzierungsträgern wird zwischen öffentlichem und privatem Sektor unterschieden:

- Der öffentliche Sektor umfasst Ausgaben des Staates (Steuern, Zuschüsse) sowie Ausgaben der Sozialversicherung.
- Der private Sektor umfasst direkte und indirekte Ausgaben für Selbstbeteiligungen (Zuzahlungen zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw. der Sozialversicherung, Ausgaben für nicht erstattete Gesundheitsgüter und -leistungen wie z. B. Selbstmedikation), Ausgaben der privaten Krankenversicherung und sonstige private Ausgaben (wie betriebliche Aufwendungen für Gesundheit, Ausgaben von gemeinnützigen Organisationen).

In den USA werden die Gesundheitsausgaben überwiegend (über 50 Prozent) vom privaten Sektor finanziert. Ein Großteil dieser Mittel wird über die private Krankenversicherung aufgebracht. Die öffentliche Finanzierung umfasst im Wesentlichen die zwei staatlichen Gesundheitsprogramme (Medicare und Medicaid, siehe hierzu Kapitel 12). Bei den untersuchten europäischen Staaten weisen mit zwei Drittel öffentlicher Finanzierung die Niederlande den niedrigsten Anteil auf. In der OECD-Datenbank wird für die Niederlande der private Anteil nicht weiter aufgesplittet, auch dort kommt bei der Finanzierung des Gesundheitswesens den privaten Krankenversicherungen eine bedeutende Rolle zu (siehe hierzu Kapitel 9). Mit knapp 70 Prozent liegt der öffentliche Finanzierungsanteil in Österreich unter dem EU-Durchschnitt.

Hohe öffentliche Finanzierungsanteile weisen die staatlichen Gesundheitssysteme in Schweden und Großbritannien auf. Der ausgewiesene private Anteil bezieht sich überwiegend auf Selbstbeteiligungen, private Krankenversicherungen spielen kaum eine Rolle, wenngleich deren Bedeutung in Großbritannien zunimmt.

Informationen hinsichtlich des Anteils der Selbstbeteiligung an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben gibt es in der OECD-Gesundheitsdatenbank nur für wenige Länder. Daher wurden Daten für die Niederlande, Schweden und Großbritannien aus der Literatur (Mossialos/Le Grand 1999) ergänzt. Mit einem hohen Anteil an Selbstbeteiligung stechen Italien und Finnland, mit einem geringen Anteil Großbritannien und Deutschland hervor (vgl. Tabelle 14.5).

Tabelle 14.5: Ländervergleich - Finanzierung der Gesundheitsausgaben, 2000 bzw. letzter verfügbares Jahr

Öffentlicher Anteil in Prozent				Privater Anteil in Prozent			
Land	Staat ¹	Sozialversicherung ²	Insgesamt	Selbstbeteiligung ³	priv. Krankenversicherung ⁴	Sonstige ⁵	Insgesamt
USA	29,4	14,9	44,3	15,3	34,8	5,6	55,7
NL	4,0	63,6	67,5	(5,9) ⁶	n.v.	n.v.	32,5
A	27,2	42,5	69,7	18,6	7,0	4,7	30,3
I	73,6	0,1	73,7	22,9	0,9	2,5	26,3
EU-15	n.v.	n.v.	74,7	n.v.	n.v.	n.v.	25,3
SF	59,7	15,4	75,1	20,6	2,5	1,8	24,9
D	6,2	68,8	75,1	10,6	12,5	1,8	24,9
EU-7	n.v.	n.v.	75,1	n.v.	n.v.	n.v.	24,9
GB	81,0	n.v.	81,0	(10,8) ⁶	n.v.	n.v.	19,0
SWE *	n.v.	n.v.	83,8	(16,9) ⁶	n.v.	n.v.	16,2

* = 1998

n.v. = nicht verfügbar

¹ Ausgaben des Staates (Bund, Länder, Gemeinde) über Zuschüsse, Steuern, etc.

² Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung

³ direkte Selbstbeteiligung (Zuzahlungen zu öffentlichen Gesundheitsleistungen und -gütern) und indirekte Selbstbeteiligung (Ausgaben für nicht erstattete Gesundheitsleistungen und -güter)

⁴ Ausgaben der privaten Krankenversicherung (Non-Profit- und For-Profit-Organisationen)

⁵ direkte Finanzierungsleistungen des privaten Sektors (beispielsweise betriebliche Gesundheitsförderung, Ausgaben gemeinnütziger Organisationen)

⁶ Quelle: Mossialos/Le Grand 1999, Angaben für Schweden betreffen das Jahr 1993

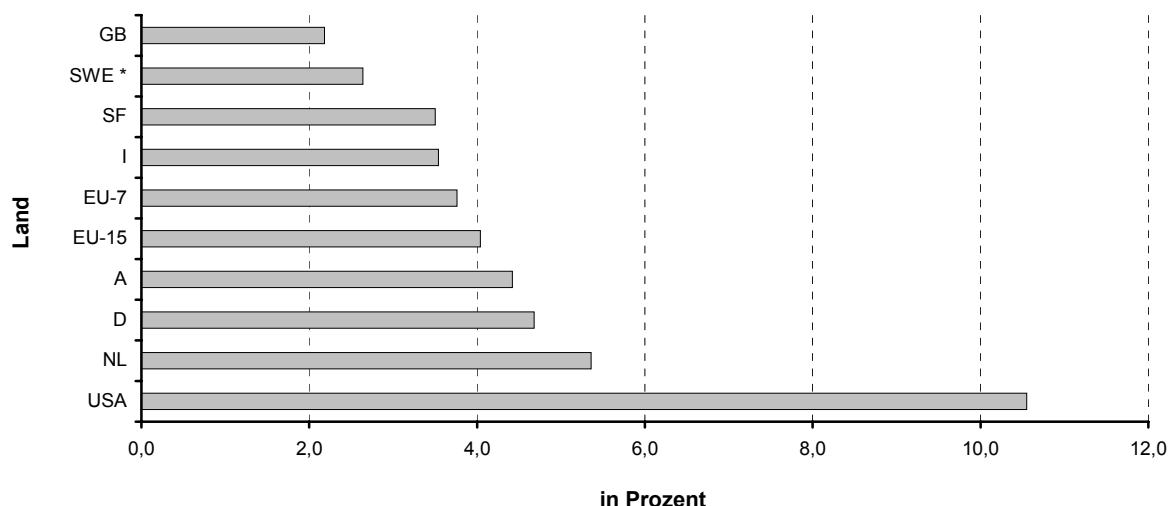
Quellen: OECD Gesundheitsdaten 2002, Stand: August 2002; Mossialos/Le Grand 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

14.2.6 Selbstbeteiligung

Der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte an den Gesundheitsausgaben erlaubt keine zufriedenstellende Aussage über die tatsächliche Belastung der Patienten, die ja vom jeweiligen Einkommen abhängig ist. Da das durchschnittliche Einkommen auf internationaler Vergleichsbasis nicht verfügbar ist, wurden zur Abschätzung der Belastung die gesamten Konsumausgaben als alternative Kennzahl herangezogen. Abbildung 14.1 zeigt, welchen Anteil

die privaten Gesundheitsausgaben (Selbstbeteiligung, private Krankenversicherung, sonstige private Ausgaben) an den Konsumausgaben einnehmen.

Abbildung 14.1: Ländervergleich - Private Gesundheitsausgaben in Prozent der privaten Konsumausgaben, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr



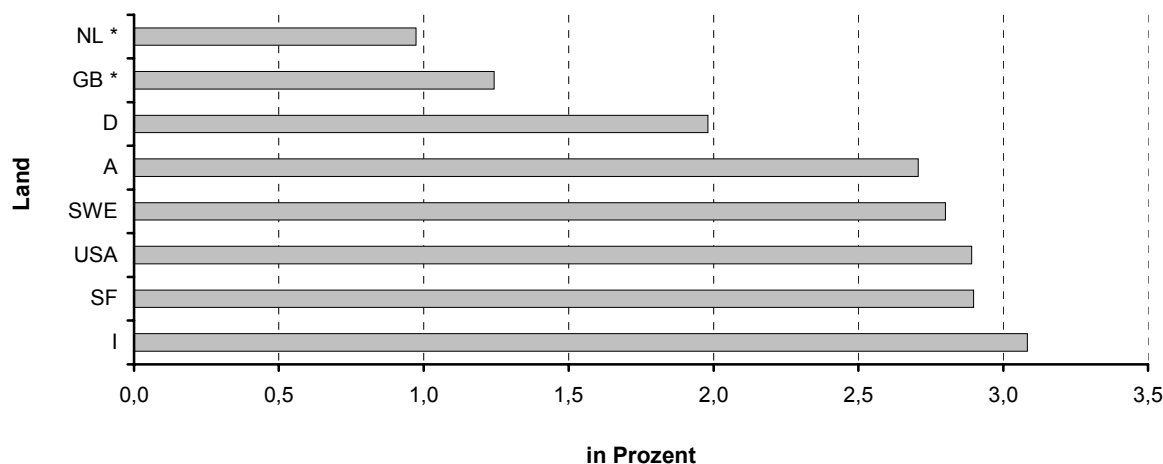
* = 1998

Quellen: OECD Gesundheitsdaten 2002, August 2002; Mossialos/Le Grand 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

In den Vergleichsländern wendet der private Sektor zwischen 10,6 Prozent (USA) und 2,2 Prozent (Großbritannien) der Konsumausgaben für Gesundheit (Selbstbeteiligung, private Krankenversicherung und sonstige private Ausgaben) auf.

Bei Betrachtung des Ausmaßes der Selbstbeteiligung allein (= ohne private Krankenversicherung und sonstige private Aufwendungen) verändert sich das Bild: Nunmehr weist Italien den höchsten (3,1 Prozent) und die Niederlande (ein Prozent) den geringsten Anteil an den Konsumausgaben auf. Dies erklärt sich durch die unterschiedliche Finanzierungsstruktur der Gesundheitssysteme. In Italien, wo die private Krankenversicherung keinen hohen Stellenwert hat, wurde in den letzten Jahren die Finanzierung der Gesundheitsleistungen mittels Zuzahlungen zu öffentlichen Gesundheitsleistungen und -gütern sowie durch Ausschluss von Leistungen an private Personen abgewälzt (vgl. Kapitel 8). In den Niederlanden kommt der privaten Krankenversicherung als dritter Säule im Gesundheitssystem sehr wohl hohe Bedeutung zu, Zuzahlungen zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems sind hingegen kaum relevant (vgl. Kapitel 9). Auch die USA liegen bei Betrachtung der Selbstbeteiligung allein nunmehr nicht mehr an der Spitze. Ein überwiegender Teil der privaten Mittel wird von der privaten Krankenversicherung gespeist (siehe Tabelle 14.5), deren Beiträge überwiegend durch die Arbeitgeber aufgebracht werden (siehe Kapitel 12). Dies hat allerdings den Nachteil, dass die Arbeitnehmer stark vom jeweiligen Arbeitgeber abhängig sind, ob und in welchem Ausmaß Krankenversicherungsschutz gewährt wird.

Abbildung 14.2: Ländervergleich - Selbstbeteiligung privater Haushalte für Gesundheit in Prozent der privaten Konsumausgaben, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr



* = 1998

Quellen: OECD Gesundheitsdaten 2002, August 2002; Mossialos/Le Grand 1999; ÖBIG-eigene Berechnungen

14.3 Clusterung der Kennzahlen

Um einen Gesamtüberblick über die unter Punkt 14.2 ermittelten Kennzahlen und die Performance der Gesundheitssysteme der untersuchten acht Länder zu erhalten, werden die Kennzahlen in drei Gruppen eingeteilt:

- Gruppe 1 - niedriges Niveau: Wird definiert als das 1. Quartil der Gesamtverteilung (also Werte bis zu 25 Prozent des entsprechenden Höchstwertes der verglichenen Kennzahl)
- Gruppe 2 - mittleres Niveau: Wird definiert als das 2. und 3. Quartil der Gesamtverteilung (also Werte zwischen 25 Prozent und 75 Prozent des entsprechenden Höchstwertes der verglichenen Kennzahl)
- Gruppe 3 - hohes Niveau: Wird definiert als das 4. Quartil der Gesamtverteilung (also Werte zwischen 75 und 100 Prozent des entsprechenden Höchstwertes der verglichenen Kennzahl)

Die zusammengeführten und gruppierten Kennzahlen finden sich in Tabelle 14.6. Drei Länder - die USA, Großbritannien und Finnland - zeigen markante, wenngleich unterschiedliche Muster auf.

Die USA - das reichste Land der Erde - weist trotz hoher Eigenbelastung, eher niedrigem Ressourcenangebot und niedrigeren Inanspruchnahmeraten (liegen im unteren Mittelfeld) dennoch die höchsten Gesundheitsausgaben auf und dies bei einer guten demographischen Ausgangslage (jüngste Bevölkerungsstruktur). Auch ist in den USA im Ländervergleich die Lebenserwartung am geringsten, und 15 Prozent der Bevölkerung (vgl. Kapitel 12) genießt keinen Versicherungsschutz. Aufgrund der großen Zahl der Bevölkerung, die keinen Versicherungsschutz haben, ist die USA auch eines der wenigen Länder, deren öffentlicher Finanzierungsanteil im letzten Jahrzehnt erhöht wurde.

An dem anderen Extrempol findet sich das staatliche Gesundheitssystem Großbritanniens mit einer geringen Selbstbeteiligungsbelastung für die Bevölkerung, mit Inanspruchnahmeraten, die ebenso wie in den USA im unteren Mittelfeld anzusiedeln sind, und mit einem niedrigen Ressourcenangebot. Die Gesundheitsausgaben sind niedrig und ebenso das erwirtschaftete Bruttoinlandsprodukt. Das britische Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch massive Kapazitätsengpässe: Es fehlt an Ärzten und an medizinischem Fachpersonal, aber auch an Krankenhausbetten, sodass die Patienten auf wichtige Operationen lange warten müssen. Seit Jänner 2002 entsendet der britische Nationale Gesundheitsdienst Patienten für seit langem überfällige Operationen nach Frankreich und Deutschland. Die Regierung will nun die Ausgaben für den Nationalen Gesundheitsdienst bis zum Jahr 2007/08 um über 40 Prozent steigern, um den seit Jahren unterfinanzierten Gesundheitsdienst wieder aufzubauen (Economist International, 19.4.2002). Zusammenfassend lässt sich für Großbritannien festhalten, dass Selbstbeteiligungen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens keine Bedeutung haben, es bestehen jedoch Probleme auf der Angebotsseite sowohl quantitativer als auch qualitativer Art.

Tabelle 14.6: Ländervergleich - Clusterung der Kennzahlen, 2000 bzw. letztverfügbares Jahr

Kennzahl/Land	D	SF	GB	I	NL	A	SWE	USA
Ökonomie/Demographie								
Bruttoinlandsprodukt/Einwohner	2	2	1	2	3	2	1	3
Anteil Bevölkerung 65+	2	2	2	3	1	2	3	1
Lebenserwartung bei Geburt	2	1	1	3	2	2	3	1
Ressourcen								
Akutbetten/1.000 Einwohner	3	1	2	2	2	3	1	2
Praktizierende Ärzte/1.000 Einwohner	3	2	1	3	2	2	2	1
Praktizierende Zahnärzte/1.000 Einwohner	2	3	1	2	1	1	3	2
Inanspruchnahme								
Aufnahmen akut-stationär/1.000 Einwohner	3	2	2	2	1	3	2	1
Verweildauer akut-stationär	3	1	2	2	3	2	1	2
Arztkontakte/Einwohner	3	1	2	2	2	3	1	2
Verordnungen pro Einwohner	2	1	3	2	1	3	2	n.v.
Ausgaben								
Gesundheitsausgaben/Einwohner	3	1	2	2	2	2	1	3
Gesundheitsausgaben in % des Bruttoinlandsprodukts	3	1	1	2	2	2	2	3
Arzneimittelausgaben/Einwohner	2	2	1	3	2	n.v.	1	3
Finanzierung								
Öffentlicher Anteil in % der Gesundheitsausgaben	2	2	3	2	1	2	3	1
Selbstbeteiligung in % der Gesundheitsausgaben	1	3	2	3	1	2	2	1
Belastung								
Private Gesundheitsausgaben in % des privaten Konsums	2	2	1	2	3	2	1	3
Selbstbeteiligung in % des privaten Konsums	2	3	1	3	1	2	2	3

n. v. = nicht verfügbar 1 = Niedrig 2 = Mittel 3 = Hoch

Quellen: OECD Gesundheitsdaten 2002, August 2002; Mossialos/Le Grand 1999; ÖBIG 2001i; ÖBIG-eigene Berechnungen

In Finnland sind das Ressourcenangebot (ausgenommen zahnärztliche Versorgung), und die Inanspruchnahme (ausgenommen Krankenhausaufenthalte) niedrig einzustufen, ebenso die Gesundheitsausgaben. Das finnische Gesundheitswesen fällt durch hohe Zuzahlungen (direkte Selbstbeteiligung) zu den Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes auf; eine zusätzliche Absicherung über private Krankenversicherungen kommt in Finnland kaum zu Tragen. Als Folge der hohen und im Laufe der 90er-Jahre gestiegenen Selbstbeteiligungen in Kombination mit fehlenden Befreiungen für Personen mit niedrigem Einkommen oder für chronisch Kranke haben immer mehr Menschen um Unterstützung in der Sozialfürsorge angesucht. Eine Studie zur Nutzung von Gesundheitsleistungen kam zu dem Ergebnis, dass der Anteil der Haushalte, die zur Abdeckung der Kosten für Gesundheitsleistungen - vor allem bei den niedrigen Einkommensbezieher - um Unterstützung bei Verwandten, Freunden bzw. der Gemeinden ansuchen mussten, stark zunahm. Auch Ersparnisse wurden zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen herangezogen. Die Regierung will daher den Anteil der staatlichen Finanzierung in den nächsten Jahren erhöhen, im Rahmen dessen soll auch das System der Selbstbeteiligung evaluiert werden (vgl. Kapitel 6).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Analyse der Kennzahlen der untersuchten Länder ein heterogenes Bild zeigt. Eindeutige Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Selbstbeteiligung und den Inanspruchnahmeraten lässt sich mit den Daten auf Makroebene nicht ableiten, weil viele Einflussfaktoren eine Rolle spielen: Zum Beispiel das Zusammenspiel zwischen Leistungsangebot und -nachfrage (nach einer OECD-Untersuchung besteht eine positive Beziehung zwischen der Anzahl der Ärzte und der Inanspruchnahme von Ärzten), Bedeutung der unterschiedlichen Honorierungssysteme, Ausgestaltung der Selbstbeteiligungsregelungen, institutionelle Einflüsse und auch der allgemeine wirtschaftliche Wohlstand eines Landes. Um klare Aussagen zu gewinnen, wären weit tiefergehende Analysen der unterschiedlichen Gesundheitssysteme unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren erforderlich. Ein Anspruch, der auf internationaler Vergleichsebene nicht leistbar ist.

Hinsichtlich der Erwartung, dass durch Selbstbeteiligung eine „Übernachfrage“ verhindert bzw. eine sparsamere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erzielt wird und in der Folge auch zu niedrigeren Gesundheitsausgaben (Steuerungswirkung) führt, kann nicht nachgewiesen werden. So kam auch eine Untersuchung (Rau 1992) hinsichtlich des Einflusses von Selbstbeteiligungsregelungen auf die Höhe und das Wachstum der Gesundheitsausgaben zum Schluss, dass Selbstbeteiligungsregelungen lediglich einen statischen Effekt (Finanzierungseffekt) haben, das heißt, dass sie zwar zu einer Kostenverlagerung auf die Versicherten führe, die aber keine Dämpfung der gesamten Gesundheitsausgaben bewirkt. Nur selten ergeben sich Anzeichen für einen dynamischen Effekt (Steuerungseffekt).

15 Behandlungsbeitrag-Ambulanz

15.1 Grundlage

Mit 19. April 2001 wurde in Österreich der Behandlungsbeitrag-Ambulanz für ASVG-Versicherte (Versicherte der Gebietskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen sowie der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, siehe auch Punkt 10.2.4) eingeführt. Der dadurch angestrebte Lenkungseffekt soll die Anzahl der Spitalsambulanzbesuche reduzieren, wobei gleichzeitig eine Stärkung der Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte angestrebt wird.

Pro Ambulanzbesuch ist nunmehr bei Vorliegen eines Überweisungsscheines beziehungsweise bei Wiederbestellung durch das Krankenhaus ein Betrag von € 10,90 / ATS 150,- zu leisten; ohne ärztliche Überweisung beträgt die Vorschreibung € 18,17 / ATS 250,-. Diese Kosten dürfen jedoch im Kalenderjahr nicht mehr als € 72,67 / ATS 1.000,- pro Versicherten beziehungsweise pro Angehörigen betragen.

Nach den Bestimmungen des ASVG (§ 135a, BGBl. I Nr. 35/2001) entfällt die Gebühr

- für mitversicherte Kinder sowie Bezieher einer Waisenpension, ohne anderes Einkommen,
- wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen unmittelbar eine stationäre Aufnahme erfolgt,
- in Fällen, in denen ein Auftrag eines Sozialversicherungsträgers oder eines Gerichtes im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zur Einweisung in eine Ambulanz zwecks Befundung und Begutachtung vorliegt,
- für Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind,
- für Personen, die Leistungen infolge einer Schwangerschaft im Rahmen des Mutter-Kind-Passes oder Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft in Anspruch nehmen,
- für Personen, die Teile des Körpers oder Blut(plasma) spenden,
- bei Behandlung für Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in Ambulanzen,
- wenn der Versicherte (Angehörige) im Zusammenhang mit ein und demselben Behandlungsfall an Ambulanzen anderer Fachrichtungen weiterüberwiesen wird.

Diese Befreiungsgründe gelten jedoch nicht bei Trunkenheit, Suchtgiftmissbrauch oder bei schuldhafter Beteiligung an einem Raufhandel.

Befreit von der Entrichtung eines Behandlungsbeitrages sind darüber hinaus Besuche einer Ambulanz in Folge eines Arbeitsunfalls oder im Zusammenhang mit einer Berufskrankheit, weiters Ambulanzbesuche von Lehrlingen bis zum zweiten Lehrjahr, von Schülern und Schü-

lerinnen zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Krankenpflegefachdienst oder medizinisch-technischen Fachdienst sowie von Studierenden an einer Hebammen- oder einer medizinisch-technischen Akademie.

Mit Erlass des Hochwasseropferentschädigungs- und Wiederaufbau-Gesetzes im September 2002 wurden die Befreiungsbestimmungen erweitert, sodass ab 1. Oktober 2002 gemäß BGBl I Nr. 155/2002 nunmehr ebenfalls als Befreiungsgrund gilt,

- wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen eine stationäre Aufnahme erfolgt oder wenn in diesem Zusammenhang eine anderweitige medizinische Versorgung im extramuralen Bereich nicht in Betracht kommt;
- wenn Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden erforderlich sind, die außerhalb einer Krankenanstalt in angemessener Entfernung dem Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur unzureichend zur Verfügung stehen.
- Darüber hinaus kann der Versicherungsträger auf Antrag des (der) Versicherten in besonders berücksichtigungswürdigen Einzelfällen, insbesondere bei Behandlung von - mit Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie vergleichbaren - schwerwiegenden und therapieintensiven Krankheiten sowie in Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, von der Einhebung des Behandlungsbeitrages auf bestimmte Zeit absehen oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten.

15.2 Datenbasis/Methode

Für die Untersuchung zur Auswirkung des Lenkungseffektes des Behandlungsbeitrages-Ambulanz standen folgende Daten und Grundlagen zur Verfügung:

- Ambulanzstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVST), Stand Juni 2002, österreichweit
- Ärztekostenstatistik des HVST, 1. Quartal 1998 bis 4. Quartal 2001, österreichweit
- Tiroler Ärztekostenstatistik, 1. Quartal 1998 bis 4. Quartal 2001, Bezirke Reutte und Kufstein
- Experteninterviews in Tirol, Juni 2002

Ambulanzstatistik

Zur Untersuchung der Fragestellung, ob durch die Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz ein Lenkungseffekt im Sinne eines Rückganges der Ambulanzbesuche (Frequenzen) eintrat, ist der Vergleich der Frequenzzahlen in Ambulanzen eines - möglichst langen - Zeitraumes vor und nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz erforderlich.

Im Rahmen des Bundesgesetzes zur Dokumentation im Gesundheitswesen (Bundesgesetz vom 27.12.1996, BGBl. Nr. 745/1996) ist neben der Meldung von Kostendaten auch die Übermittlung von statistischen Daten an das BMSG vorgeschrieben. Unter anderem sind von den Krankenanstalten die Frequenzen in ihren Ambulanzen zu melden. Diese Ambulanzda-

ten gemäß Krankenanstaltenstatistik wären für einen österreichweiten Vergleich der Entwicklung der Frequenzfälle in Ambulanzen vor und nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz die einzige Datenquelle. Die im Auftrag des BMSG erstellte Studie „Ambulanzdaten gemäß KA-Statistik. Plausibilitätsprüfung und Empfehlungen“ (Solve Consulting 2002) stellte jedoch fest, dass die Datenerfassung nicht ausreichend valide ist. Es wurden zum Beispiel Brüche in der Zeitreihe oder unterschiedliche Gliederungen der Kostenstellen festgestellt. Diese Quelle ist somit für eine Auswertung hinsichtlich des Lenkungseffektes des Behandlungsbeitrages-Ambulanz nicht geeignet. Anstelle dessen wurden Modellregionen, in denen die Daten von den Krankenanstalten direkt erhoben wurden, für eine detaillierte Untersuchung herangezogen (siehe dazu Abschnitt 15.5).

Aus der zur Verfügung stehenden Ambulanzstatistik des HVST können keine Vergleiche der Ambulanzfrequenzen vor und nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz durchgeführt werden. Wird allerdings die Hypothese vertreten, dass zum Zeitpunkt der Einführung des Behandlungsbeitrages die Bevölkerung nicht ausreichend informiert war beziehungsweise Reaktionen erst ab dem Moment zu erwarten waren, ab dem die finanziellen Auswirkungen spürbar wurden, könnten auch aus dem vorhandenen Datenmaterial erste Hinweise auf mögliche Reaktionen seitens der Bevölkerung und einen Lenkungseffekt sichtbar werden. Spätestens im Herbst des Jahres 2001 müssten demzufolge Rückgänge zu beobachten sein, weil zu diesem Zeitpunkt die ersten Verschreibungen versendet wurden und das Thema medial sehr präsent war.

Die Ambulanzdaten, die dem ÖBIG Mitte Juni 2002 vom HVST zur Verfügung gestellt wurden, sind ein Einzeldatensatz mit umfangreichen Informationen zur Struktur der Ambulanzbesuche und -besucher. Die Daten umfassen den Zeitraum von der Einführung des Behandlungsbeitrages am 19. April 2001 bis einschließlich Juni 2002. Mehrere Faktoren weisen allerdings darauf hin, dass die Daten ab Jänner 2002 unvollständig sind:

- Am 12. Juni 2002 wurde vom HVST die letzte Kostenvorschreibung für das vierte Quartal 2001 und das erste Quartal 2002 ausgesandt.
- Angesichts einer Meldungsverzögerung von bis zu einem halben Jahr sind zumindest für das gesamte erste Quartal 2002 Nachmeldungen der Krankenanstalten in nennenswerter Höhe zu erwarten.
- Eine telefonische Anfrage beim HVST bezüglich der Gesamtanzahl der Ambulanzbesuche Ende August 2002 hat bestätigt, dass die Gesamtsumme der Meldungen vom vierten Quartal 2001 - nicht jedoch vom ersten Quartal 2002 - annähernd gleich geblieben ist.
- Eine Zeitreihenanalyse nach Monaten sämtlicher Mitte Juni 2002 an das ÖBIG übermittelten Daten hat einen sprunghaften Rückgang der Anzahl der Ambulanzbesuche ab April des Jahres 2002 gezeigt (im April wurden nur mehr etwa halb so viele Ambulanzbesuche registriert wie im März 2002), sodass spätestens ab diesem Zeitpunkt von einem deutlich unvollständigen Datensatz ausgegangen werden muss.

Daher wurde für die vorliegende Studie der Datensatz des Jahres 2001 analysiert.

Ärztelkostenstatistik

Die Ärztelkostenstatistik des HVST wurde für Auswertungen zur Entwicklung der Inanspruchnahme im niedergelassenen Bereich für die Jahre 1999 bis 2001 herangezogen. Sie erfasst alle niedergelassenen Ärzte mit einem § 2-Kassenvertrag. Es sollte untersucht werden, ob sich die Zahl der Arztbesuche im niedergelassenen Bereich nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz verändert hat. Unter der Annahme, dass Patienten aufgrund des Behandlungsbeitrages anstatt einer Ambulanz eher einen niedergelassenen Arzt aufsuchen, müsste sich die Zahl der Arztbesuche erhöhen. Die Analysen bezogen sich auf die Anzahl der abgerechneten Krankenscheine sowie auf die zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenkassen abgerechneten Beträge. Dabei wurde nach Fächern differenziert, um etwaige fachspezifische Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte aufzuzeigen.

Interviews und Erhebung der Frequenzen in Ambulanzen in Tiroler Modellregionen

Im Zuge der in Abschnitt 15.5 beschriebenen Analyse Tiroler Modellregionen wurden mit Vertretern lokaler Institutionen Interviews hinsichtlich Kenntnis und Umsetzung der gesetzlichen Regelungen, des organisatorischen Aufwands sowie bezüglich eines etwaig wahrzunehmenden Lenkungseffektes geführt. Weiters wurden die Frequenzdaten der Ambulanzen der Tiroler Modellregionen erhoben beziehungsweise validiert und analysiert, ebenso die entsprechenden Daten aus der Ärztelkostenstatistik der Tiroler Gebietskrankenkasse.

15.3 Struktur der Ambulanzbesuche

Ambulanzbesuche - Überblick

Im Auswertungszeitraum (19. April bis 31. Dezember 2001) nahmen knapp zwei Millionen Patienten Krankenanstaltenambulanzen in Anspruch, wobei jeder männliche Besucher im Durchschnitt rund 3,8 Mal und jede Besucherin 3,7 Mal eine oder mehrere Ambulanzen aufsuchte. Die Gesamtzahl der Ambulanzbesuche betrug rund 7,4 Millionen, wovon 52 Prozent auf weibliche und 48 Prozent auf männliche Patienten entfielen. Auswertungen der Patienten nach Versichertengruppen waren nicht möglich, weil mehr als zehn Prozent der Angaben zur Versichertengruppe ungültig waren. Somit konnte keine Auswertung des Anteils an erwerbstätigen, arbeitslosen, selbstversicherten oder pensionierten Patienten vorgenommen werden.

Ambulanzbesuche nach Altersgruppen

Etwa jeder dritte 60- bis 74-Jährige suchte von April bis Dezember 2001 eine Ambulanz auf, in der Altersgruppe ab 75 Jahren waren es noch mehr. Am dritthäufigsten suchte die Gruppe der 15- bis 29-Jährigen eine Ambulanz auf, gefolgt von den Kindern (bis 4 Jahre). Die Anzahl der Ambulanzbesuche je Patient steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Während pro Kind (bis 4 Jahre), das eine Ambulanz aufgesucht hat, durchschnittlich 2,4 Besuche registriert wurden, traten die 60- bis 74-Jährigen bereits 3,9 Mal den Gang in eine Ambulanz an. Nur bei den über 75-Jährigen geht die durchschnittliche Frequenz wiederum leicht zurück.

Tabelle 15.1: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Anzahl der Ambulanzbesuche nach Altersgruppen der Patienten, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001

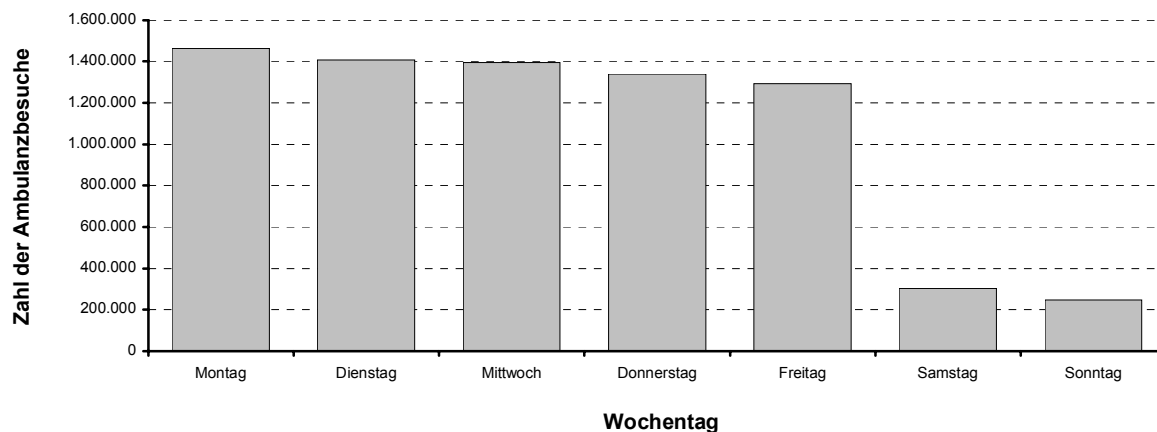
Altersgruppen	Zahl der Ambulanzbesuche		Ambulanzbesuche pro Patient	Ambulanzbesucher in % der Einwohner 2001
	absolut	in %		
bis 4 Jahre	282.614	3,8	2,4	28,8
5 bis 14 Jahre	564.839	7,6	2,7	22,2
15 bis 29 Jahre	1.206.526	16,2	3,0	31,6
30 bis 44 Jahre	1.579.560	21,2	3,3	20,6
45 bis 59 Jahre	1.565.002	21,0	3,8	27,6
60 bis 74 Jahre	1.463.219	19,7	3,9	33,4
75 Jahre und älter	782.499	10,5	3,5	38,0
Insgesamt	7.444.259	100,0	3,4	27,4

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Ambulanzbesuche nach zeitlicher Inanspruchnahme

Indizien für die medizinische Dringlichkeit und einen etwaigen Mangel an alternativen Angeboten im niedergelassenen Bereich können von den Daten über den Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Ambulanz abgeleitet werden. Wird eine Ambulanz am Wochenende oder außerhalb von üblichen Ordinationszeiten aufgesucht, kann davon ausgegangen werden, dass das Lenkungspotenzial für solche Patienten (die ohne Bestellung direkt eine Ambulanz aufsuchen) relativ gering ist. Tatsächlich wurden an Montagen die Krankenhausambulanzen am häufigsten aufgesucht, dienstags und mittwochs war die Inanspruchnahme etwas geringer, und gegen Ende der Woche nahm die Zahl der Ambulanzbesuche weiter ab. Am Wochenende wurden insgesamt sieben Prozent der Ambulanzbesuche (knapp 550.000) registriert.

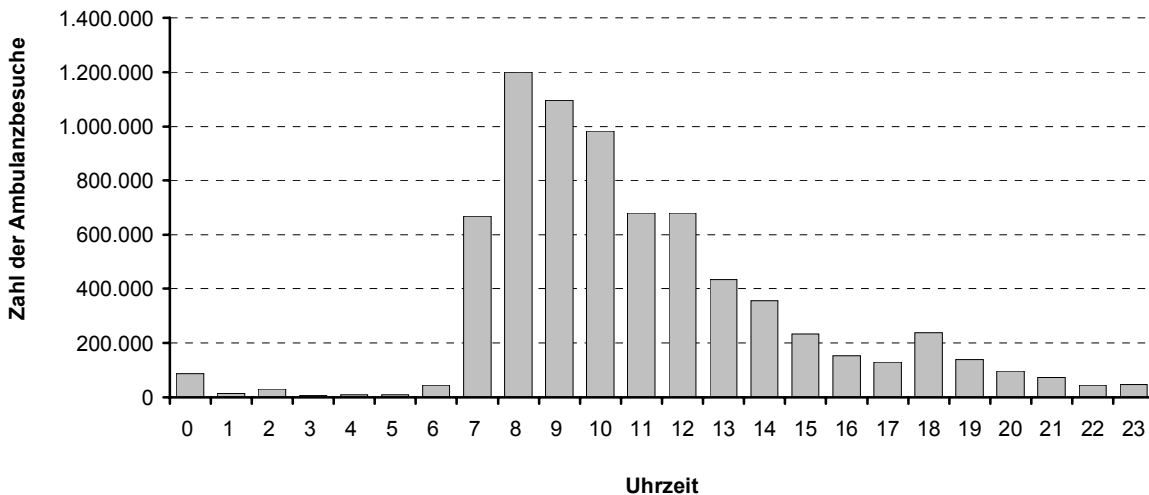
Abbildung 15.1: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Ambulanzbesuche nach Wochentag, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001



Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Grundsätzlich war im Auswertungszeitraum am Vormittag die Dichte der Ambulanzbesuche am größten. Zwischen 8:00 und 11:00 Uhr wurden rund 44 Prozent der Ambulanzbesuche vermerkt, weitere 24 Prozent zwischen 11:00 und 14:00 Uhr. Elf Prozent der Ambulanzbesuche (etwa 830.000) fanden zwischen 18:00 und 7:00 Uhr statt.

Abbildung 15.2: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Ambulanzbesuche nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001



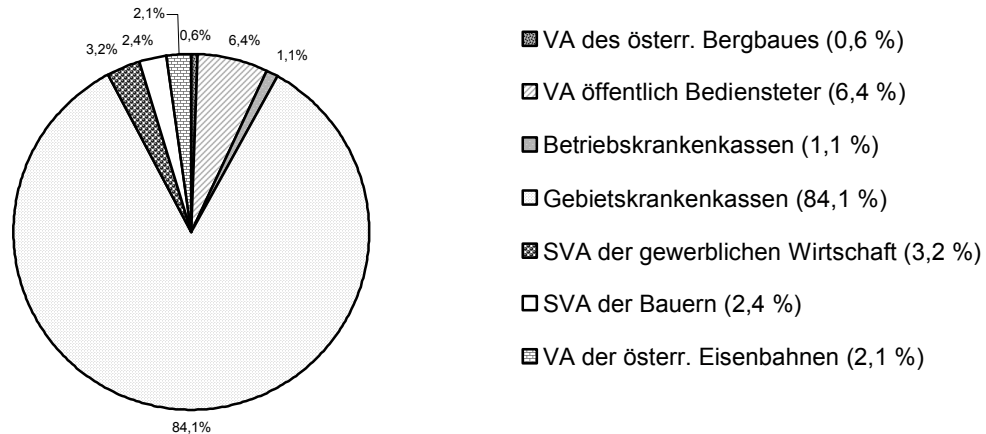
Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Ambulanzbesuche nach Versicherungsträgern

Im Untersuchungszeitraum wurden rund 84 Prozent der Ambulanzbesuche von Versicherten der Gebietskrankenkassen verursacht. Die öffentlich Bediensteten machten etwa sechs Prozent aus, alle anderen Versicherungsträger fallen kaum ins Gewicht.

Aber auch pro Person haben die ASVG-Versicherten und insbesondere die Versicherten der Gebietskrankenkassen (mit Ausnahme der Versicherten der Burgenländischen Gebietskrankenkasse) die Ambulanzen (in Relation zur Gesamtzahl der Versicherten je Sozialversicherungsträger) häufiger in Anspruch genommen als die Versicherten der anderen Versicherungsträger. Bei den Gebietskrankenkassen wurden von April bis Dezember 2001 im Durchschnitt 1,4 und bei Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus 1,3 Ambulanzbesuche je Versicherten registriert. Bei der Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten und der österreichischen Eisenbahnen nahmen die Versicherten durchschnittlich 1,1 Mal eine Ambulanz in Anspruch, bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowie der Gewerbetreibenden 0,7 bzw. 0,6 Mal. Die Inanspruchnahme der Ambulanzen war bei den ASVG-Versicherten somit höher als bei den Versicherten der anderen Versicherungsanstalten.

Abbildung 15.3: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Ambulanzbesuche nach Sozialversicherungsträgern, April bis Dezember 2001



SVA = Sozialversicherungsanstalt; VA = Versicherungsanstalt

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Versicherungsträgern

In Tabelle 15.2 ist die Inanspruchnahme der Krankenhausambulanzen nach Versicherungsträgern dargestellt. Es wurden einerseits die ASVG-Versicherten, für die der Behandlungsbeitrag-Ambulanz neu eingeführt wurde, und andererseits die Versicherten der Versicherungsanstalten der Beamten, Gewerbetreibenden und Bauern sowie der österreichischen Eisenbahnen, für die andere und bereits seit längerem bestehende Kostenbeteiligungsregeln gelten, zusammengefasst.

Für die Analyse des zeitlichen Verlaufes kann die Veränderung der Zahl Ambulanzbesuche pro Tag herangezogen werden. Wenn die ASVG-versicherten Patienten tatsächlich als Reaktion auf die Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz nunmehr den Besuch bei einem niedergelassenen Arzt präferierten, so müsste die Entwicklung der Ambulanzbesuchszahlen für diese beiden Versicherungsgruppen unterschiedlich verlaufen.

Es zeigt sich eine eher konstante Entwicklung mit leichten Schwankungen (siehe auch Abbildung 15.4). Das heißt, es kam zu keiner auffälligen Veränderung der Ambulanzbesuche kurz nach Einführung des Behandlungsbeitrages oder zur Zeit der ersten Verschreibungen im Herbst 2001. Der relativ starke Rückgang von mehr als 14 Prozent von November auf Dezember dürfte lediglich eine saisonale Erscheinung sein, weil die Zahl der Ambulanzbesuche des (hier nicht dargestellten, weil noch unvollständigen) Monats Jänner in ähnlichem Ausmaß wieder steigt. Auch der Vergleich der Entwicklung der beiden Versicherungsgruppen bringt kein eindeutig verändertes Verhalten, das auf die Einführung des Behandlungsbeitrages hinweisen könnte, zutage. Von April auf Mai, von Juni auf Juli sowie von September auf Oktober sind die Zuwächse der ASVG-Versicherten größer als bei den anderen Versicherungsträgern, von Mai auf Juni sowie von Oktober auf November sind die Rückgänge größer. Ein Trend hin zu einer nachhaltigen quantitativen Verlaufsänderung ist nicht abzulesen. In Tabelle C.2 im Anhang wird die Entwicklung der täglichen Inanspruchnahmen differenziert nach Versicherungsträgern in tabellarischer Form dargestellt.

Tabelle 15.2: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Sozialversicherungsträgern, April bis Dezember 2001

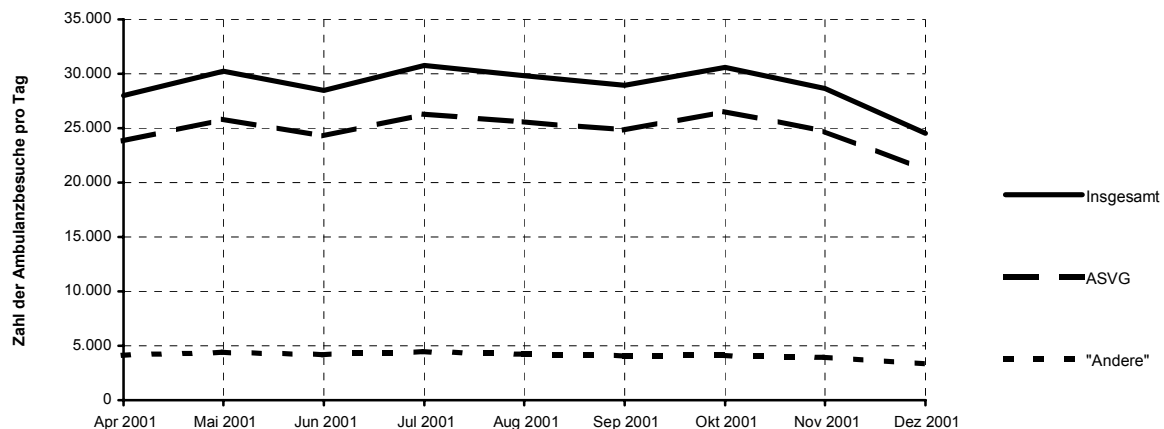
Anzahl der Ambulanzbesuche insgesamt									
	April 01*	Mai 01	Juni 01	Juli 01	Aug 01	Sep 01	Okt 01	Nov 01	Dez 01
ASVG	286.172	800.824	728.656	815.078	793.140	745.644	822.306	742.128	656.171
„Andere“	49.794	136.648	125.833	138.782	131.229	122.493	127.266	117.863	104.229
Insgesamt	335.966	937.472	854.489	953.860	924.369	868.137	949.572	859.991	760.400
Durchschnittliche Ambulanzbesuche pro Tag									
	April 01	Mai 01	Juni 01	Juli 01	Aug 01	Sep 01	Okt 01	Nov 01	Dez 01
ASVG	23.848	25.833	24.289	26.293	25.585	24.855	26.526	24.738	21.167
„Andere“	4.150	4.408	4.194	4.477	4.233	4.083	4.105	3.929	3.362
Insgesamt	27.997	30.241	28.483	30.770	29.818	28.938	30.631	28.666	24.529
Veränderung der Zahl der Ambulanzbesuche pro Tag in Prozent									
	04-05/01	05-06/01	06-07/01	07-08/01	08-09/01	09-10/01	10-11/01	11-12/01	
ASVG	8,3	-6,0	8,3	-2,7	-2,9	6,7	-6,7	-14,4	
„Andere“	6,2	-4,8	6,7	-5,4	-3,5	0,5	-4,3	-14,4	
Insgesamt	8,0	-5,8	8,0	-3,1	-3,0	5,9	-6,4	-14,4	

* ab 19. April 2001

ASVG: Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues
 „Andere“: Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Abbildung 15.4: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Sozialversicherungsträgern, April bis Dezember 2001



ASVG: Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues
 „Andere“: Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Ambulanzbesuche nach Art des Betreuungsscheines

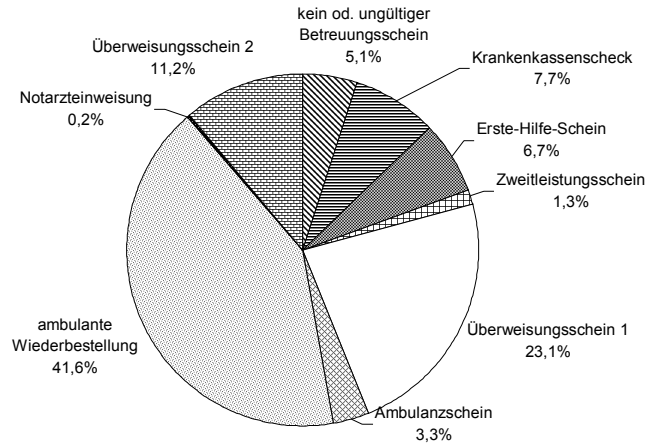
Bei jedem Ambulanzbesuch wird die „Art des Betreuungsscheines“ vermerkt. Folgende Kategorien werden unterschieden:

- Krankenkassenscheck,
- Überweisungsschein (auch Verordnungsschein und Zuweisungsschein),
- Ambulanzschein für stationäre Nachbehandlung,
- Erste-Hilfe-Schein,
- Zweitleistungsschein (Überweisung von einer Ambulanz in andere, anderer/neuer Behandlungsfall,
- ambulante Wiederbestellung,
- Notarzteinweisung,
- Überweisungsschein von einer Ambulanz in eine andere im selben Behandlungsfall.

Der weitaus überwiegende Teil (42 Prozent) der Ambulanzbesuche des Jahres 2001 erfolgte aufgrund einer ambulanten Wiederbestellung. Den zweitgrößten Anteil mit 23 Prozent machten die Ambulanzbesuche, die von einem niedergelassenen Arzt überwiesen wurden, aus, und elf Prozent (die drittgrößte Gruppe) der Ambulanzbesuche erfolgten infolge einer Überweisung von einer anderen Ambulanz im selben Behandlungsfall. Somit besteht zumindest bei drei Viertel der Ambulanzbesuche keine Möglichkeit für die Patienten, zwischen Spitalsambulanz und niedergelassenem Bereich zu wählen. Das theoretische (unter der Voraussetzung einer adäquaten Behandlungsalternative im niedergelassenen Bereich) Lenkungspotenzial besteht aus den Ambulanzbesuchen mit Krankenkassenscheck oder keinem beziehungsweise ungültigen Betreuungsschein, also Personen, die ohne vorherige ärztliche Konsultation eine Ambulanz aufsuchen. Diese Anteile betragen in Summe 13 Prozent oder etwa 950.000 Ambulanzbesuche (vgl. Abbildung 15.5).

Bei Patienten, die einen Erste-Hilfe-Schein ausfüllen, ist unklar, ob sie die Entscheidung zwischen Ambulanz und niedergelassenem Bereich selbst getroffen haben. Es sind dies einerseits Patienten, die ohne Notarzt mit der Rettung in die Ambulanz kommen. Andererseits wird zumindest in manchen Krankenanstalten ein Erste-Hilfe-Schein immer dann ausgefüllt, wenn der Patient keinen anderen Betreuungsschein mitbringt, also auch, wenn er nicht mit der Rettung kommt. Da aber bei fünf Prozent der Ambulanzbesuche des Jahres 2001 die Kategorie „kein Betreuungsschein“ oder „ungültiger Betreuungsschein“ angegeben wurde, ist zu vermuten, dass die Krankenanstalten den Erste-Hilfe-Schein unterschiedlich interpretieren. Viele Krankenanstalten verwenden den Erste-Hilfe-Schein nicht. Die häufigsten Ambulanzbesuche mit einem Erste-Hilfe-Schein kommen in Unfall-Ambulanzen vor. Insgesamt erfolgten im Jahr 2001 knapp sieben Prozent der Ambulanzbesuche (etwa 500.000) mit einem Erste-Hilfe-Schein.

Abbildung 15.5: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Struktur der Ambulanzbesuche nach der Art des Betreuungsscheines, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001



Ambulanzschein für stationäre Nachbehandlung

Überweisungsschein 1 = Überweisungsschein vom niedergelassenen Arzt

Überweisungsschein 2 = Überweisungsschein von einer Ambulanz in eine andere im selben Behandlungsfall

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

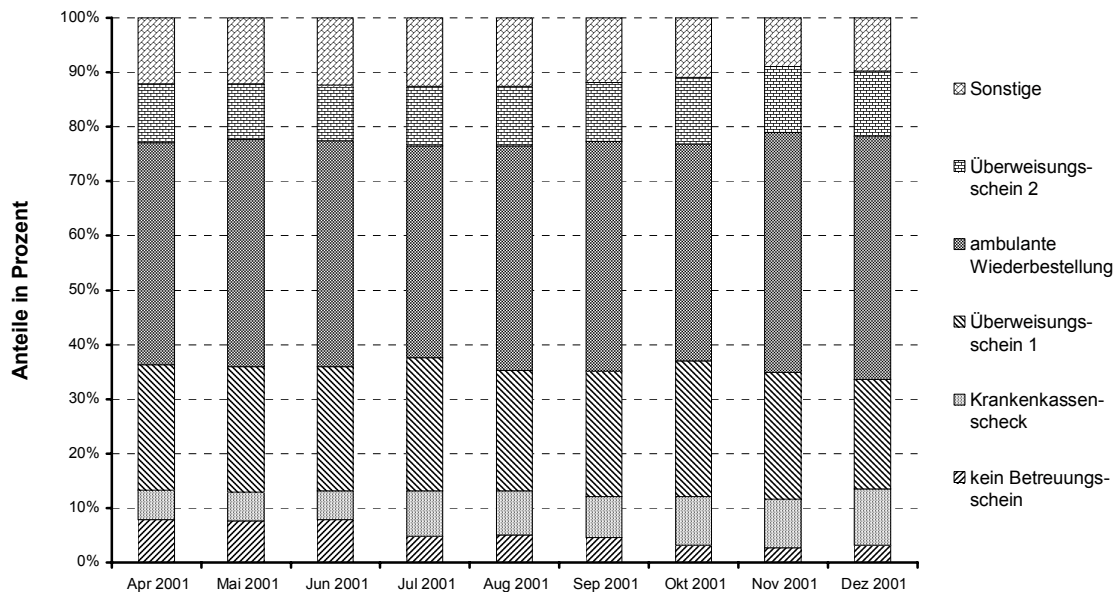
Die Auswertung nach der Art des Betreuungsscheines nur für ASVG-Versicherte zeigt aufgrund des starken Übergewichtes dieser Versicherungsgruppe (rund 85 Prozent aller Ambulanzbesuche im Jahr 2001 betrafen ASVG-Versicherte) eine nahezu idente prozentuelle Verteilung. Das sogenannte Lenkungspotenzial, also Personen, die ohne vorherige ärztliche Konsultation eine Ambulanz aufsuchten, lag bei den ASVG-Versicherten bei zwölf Prozent oder etwa 780.000 Ambulanzbesuchen.

Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Art des Betreuungsscheines

Es ist im Zeitablauf ein deutlicher Rückgang an Ambulanzbesuchen festzustellen, bei denen kein Betreuungsschein vorgewiesen wurde, wobei gleichzeitig die Zahl der beigebrachten Krankenkassenschecks gestiegen ist. Ob dies als Effekt der Einführung des Behandlungsbeitrages interpretiert werden kann, ist insofern fraglich, als für beide (kein Betreuungsschein oder Krankenkassenscheck) eine Gebühr von € 18,17 (siehe unten) zu bezahlen ist. Ansonsten sind in der Struktur der Ambulanzbesuche keine auffälligen Veränderungen in Verbindung mit der Art des Betreuungsscheines festzustellen. Es kam also zu keiner Verringerung des Anteils der Ambulanzbesuche, die eine höhere Gebührenvorschrift bedingen.

Inwieweit die Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und Besucherstruktur der Krankenhausambulanzen nach sich gezogen hat, ist anhand der Ambulanzstatistik des HVST nicht festzustellen, da keine Vergleichsdaten aus dem Zeitraum vor der Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz vorliegen. In Abschnitt 15.5 wird anhand zweier Modellregionen in Tirol der Frage eines etwaigen Lenkungseffektes nachgegangen, indem Daten aus Perioden vor und nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz verglichen werden. In der folgenden Abbildung 15.6 wird die monatliche Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Art des Betreuungsscheines für das Jahr 2001 dargestellt (vgl. Tabelle C.3 im Anhang).

Abbildung 15.6: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Ambulanzbesuche nach der Art des Betreuungsscheines, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001



Überweisungsschein 1 = Überweisungsschein vom niedergelassenen Arzt

Überweisungsschein 2 = Überweisungsschein von einer Ambulanz in eine andere im selben Behandlungsfall

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Gebührenpflicht

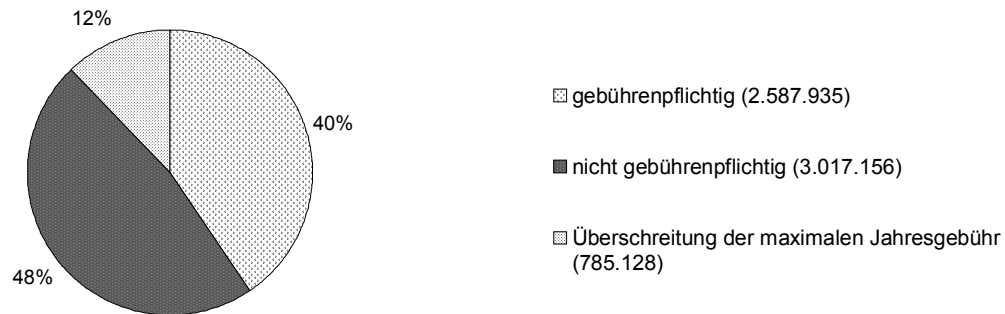
Folgende Gebühren sind in Abhängigkeit von der Art des Betreuungsscheines zu bezahlen:

- € 10,90 (ATS 150,-) für Überweisungsschein, Ambulanzschein für stationäre Nachbehandlung, Zweitleistungsschein, ambulante Wiederbestellung, Notarztanweisung
- Gebühr von € 18,17 (ATS 250,-) für kein Betreuungsschein, Krankenkassenscheck, Erste-Hilfe-Schein

Von den rund 7,4 Millionen Ambulanzbesuchen entfielen 6,4 Millionen auf ASVG-Versicherte. Davon waren 40 Prozent (2,6 Millionen) gebührenpflichtig, 48 Prozent (3 Millionen) nicht gebührenpflichtig und zwölf Prozent (785.000) von einer weiteren Gebühr ausgenommen, weil die maximale Jahresgebühr überschritten wurde (vgl. Abbildung 15.7). Für vier Fünftel (2,05 Millionen) der gebührenpflichtigen Ambulanzbesuche waren € 10,90 und für ein Fünftel (rund 540.000) waren € 18,17 zu bezahlen. Die häufigste Ursache für eine Gebührenbefreiung war das Alter der Patienten. In 26 Prozent der gebührenbefreiten Ambulanzbesuche wurden Kinder behandelt. Jeweils ein Fünftel der gebührenbefreiten Besuche erfolgte aufgrund einer Überweisung von einer Ambulanz in eine andere im selben Behandlungsfall bzw. weil der Patient oder die Patientin nach den Richtlinien des HVST gemäß § 31 Abs. 5 Z 16a und b ASVG von der Rezeptgebühr befreit ist. Für elf Prozent der gebührenbefreiten Ambulanzbesuche war aufgrund der Ambulanzbehandlungsart (Dialyse, Strahlen-

oder Chemotherapie, ambulante Rehabilitation) keine Gebühr zu entrichten. Die nächst häufigsten Befreiungsgründe wurden geltend gemacht, weil es sich um einen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit (neun Prozent), um eine Behandlung im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder um einen Notfall (jeweils fünf Prozent) handelte.

Abbildung 15.7: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Anteile der gebührenpflichtigen und gebührenbefreiten Ambulanzbesuche der ASVG-Versicherten, April bis Dezember 2001



Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Tabelle 15.3: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Gründe für Gebührenbefreiung der Ambulanzbesuche der ASVG-Versicherten, Anteile in Prozent, April bis Dezember 2001

Grund der Befreiung	Anteile in Prozent
Kind	26
Überweisung von einer Ambulanz in eine andere im selben Behandlungsfall	20
Rezeptgebührenbefreiung laut Krankenversicherungsträger	19
Dialyse, Strahlentherapie, Chemotherapie oder ambulante Rehabilitation	11
Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	9
Behandlung im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft	5
Medizinischer Notfall mit unmittelbar stationärer Aufnahme	5
Sonstige	5

ASVG-Versicherte: Versicherte der Gebietskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen sowie der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues

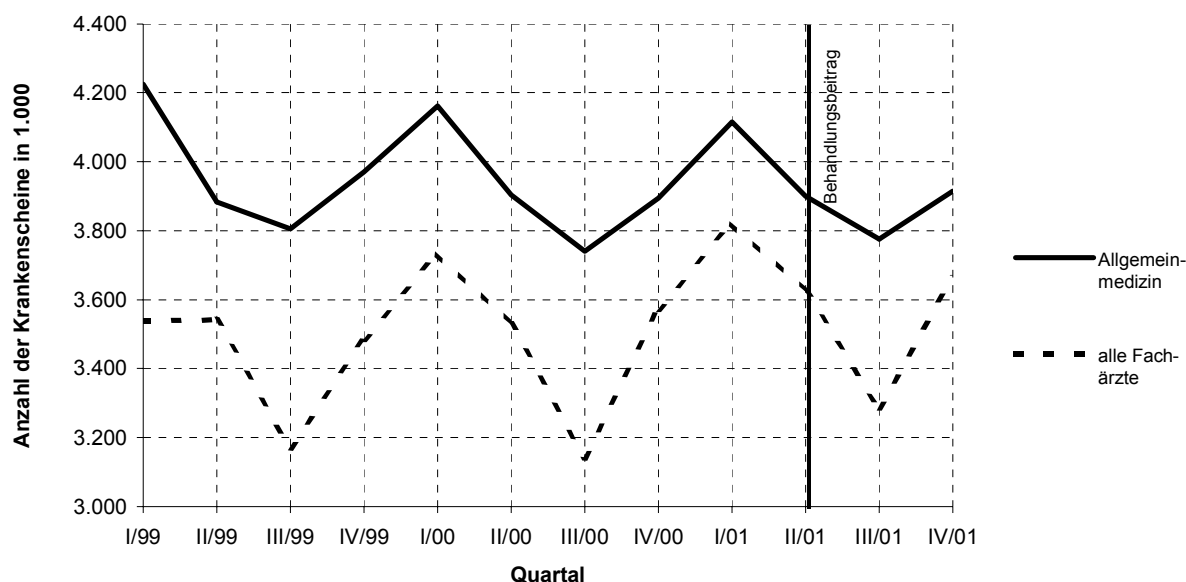
Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

15.4 Auswirkungen im niedergelassenen Bereich

Für den Zeitraum 1999 bis 2001 wurden - fachspezifisch und nach den neun Bundesländern differenziert - die Anzahl der abgerechneten Krankenscheine sowie die abgerechneten Beträge zwischen den niedergelassenen § 2-Kassenärzten und den Krankenkassen (Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus, Sozialversicherungsanstalt der Bauern) quartalsweise ausgewertet. Nach entsprechender Abstimmung mit dem HVST wurden die abgerechneten Beträge um die durchschnittlichen jährlichen Honorarsteigerungen bereinigt. Ein Anstieg der Zahl der abgerechneten Krankenscheine oder der um durchschnittliche Honorarsteigerungen bereinigten abgerechneten Beträge (implizit kann daraus auf mehr Behandlungen pro Krankenschein geschlossen werden) nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz könnte auf einen Lenkungseffekt hinweisen.

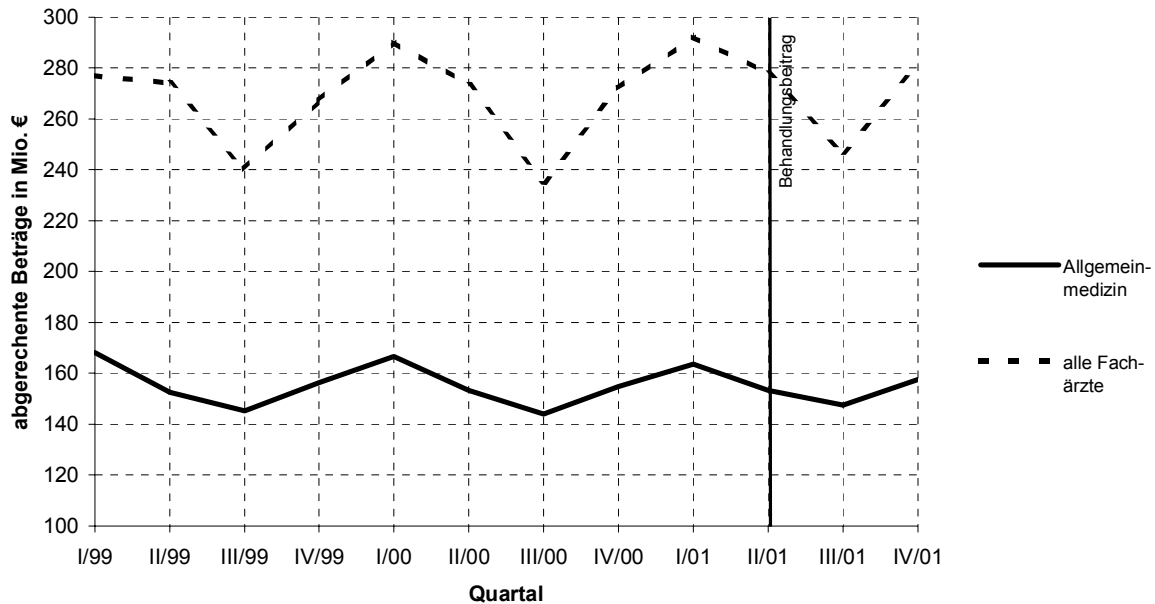
Bei beiden Kennzahlen war für alle Fachrichtungen ein deutliches saisonales Muster mit Jahreshöchstwerten im ersten Quartal und einem Tiefststand im dritten Quartal festzustellen. Je nach Bundesland und Fachbereich war dieses Muster unterschiedlich stark ausgeprägt, gegenläufige Entwicklungen waren jedoch kaum zu beobachten. Die saisonalen Schwankungen betrugen bei den Fachärzten insgesamt bis zu 15 Prozent, in einzelnen Fächern (zum Beispiel Pulmologie) sogar bis zu 30 Prozent. In den beiden folgenden Abbildungen 15.8 und 15.9 sowie in Tabelle 15.4 werden deshalb alle Gebietskrankenkassen sowie alle Fachrichtungen für Österreich insgesamt summarisch dargestellt, in den Abbildungen C.1 bis C.5 und in Tabelle C.4 im Anhang wird nach Fachrichtungen differenziert.

Abbildung 15.8: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Abgerechnete Krankenscheine der § 2-Kassenärzte pro Quartal, 1999-2001



Quelle: HVST - Ärztekostenstatistik 1999-2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Abbildung 15.9: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Abgerechnete Beträge zwischen niedergelassenen § 2-Kassenärzten und Krankenkassen pro Quartal, 1999-2001



Quelle: HVST - Ärztekostenstatistik 1999-2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

In Tabelle 15.4 sind die prozentuellen Veränderungen der Anzahl der Krankenscheine sowie der abgerechneten Beträge quartalsweise für Allgemeinmedizin und alle Fachrichtungen insgesamt dargestellt. Diese Auswertung ist insbesondere aufgrund der deutlichen saisonalen Schwankungen von Bedeutung. Die zwei Veränderungsdaten des jeweils ersten Quartals (von 1999 auf 2000 und von 2000 auf 2001) liegen noch vor der Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz und eignen sich daher für einen Vergleich mit den anderen Quartalen.

Bei den Allgemeinmedizinerinnen war von 1999 auf 2000 ein leichter Rückgang und von 2000 auf 2001 eine Stagnation der Anzahl der verrechneten Krankenscheine zu beobachten. Diese eher marginale Veränderung spiegelt sich im Wesentlichen auch bei der quartalsweisen Auswertung wider, wobei nur im jeweils zweiten Quartal ein leicht gegenläufiger Trend (geringer Zuwachs von 1999 auf 2000, Stagnation von 2000 auf 2001) zu beobachten ist.

Bei den Fachärzten ist die Anzahl der abgerechneten Krankenscheine im Beobachtungszeitraum leicht gestiegen, von 1999 auf 2000 um knapp zwei Prozent, von 2000 auf 2001 um drei Prozent. Am stärksten allerdings waren die Zuwächse im ersten, dem deutlich meistfrequentierten Quartal (5,5 Prozent von 1999 auf 2000 und 2,3 Prozent von 2000 auf 2001). Im Bereich Labor, in dem die meisten Krankenscheine abgerechnet wurden, waren im Beobachtungszeitraum auch die größten Zuwächse zu verzeichnen, und zwar wiederum im jeweils ersten Quartal. Die Bereiche Gynäkologie, Radiologie und Augenheilkunde sind diejenigen mit der nächst höchsten Anzahl an verrechneten Krankenscheinen. Auch in diesen Fachrichtungen war der Zuwachs jeweils im ersten Quartal höher als in den anderen Quartalen, wobei ins erste Quartal auch immer der Jahreshöchststand an abgerechneten Krankenscheinen fiel (vgl. Abbildungen C.1 bis C.5 im Anhang). Wenn die quartalsweise Veränderung nur für

die Periode 2000 bis 2001 beobachtet wird, zeigt sich kaum ein Unterschied zwischen dem ersten Quartal, in dem der Behandlungsbeitrag noch nicht wirksam werden konnte, und den anderen Quartalen.

Analog zur Entwicklung der Anzahl der Krankenscheine sind die abgerechneten Beträge der Allgemeinmediziner von 1999 bis 2001 etwa gleich geblieben, während sie für die meisten Fachbereiche (zusammen um 3,7 Prozent) gestiegen sind; das ist bei den Allgemeinmediziner um einen Prozentpunkt mehr und bei den Fachärzten um einen Prozentpunkt weniger als bei der oben beschriebenen Entwicklung der abgerechneten Krankenscheine. Einen Überblick über die Entwicklung der einzelnen Fachrichtungen geben die Tabellen und Abbildungen im Anhang C.

Da die Zuwächse des jeweiligen Beobachtungszeitraumes, die in Relation zu den saisonalen Schwankungen relativ gering waren, sowohl bei der Entwicklung der Anzahl der abgerechneten Krankenscheine als auch bei der Höhe der abgerechneten Beträge im ersten Quartal zumeist höher waren als in den anderen Quartalen, kann aus dieser Analyse kein Lenkungseffekt durch die Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz abgeleitet werden. Eine verstärkte Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereiches ab dem zweiten Quartal 2001 bzw. ab dem Zeitpunkt der ersten Gebührenvorschriften ist anhand der Daten im Überprüfungszeitraum nicht nachzuweisen. Die Schwankungen liegen offenbar im üblichen Bereich.

Tabelle 15.4: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Veränderung der Anzahl der Krankenscheine und der abgerechneten Beträge der § 2-Kassenärzte in Prozent, 1999-2001

Periode		Allgemeinmedizin		alle Fachärzte	
		Anzahl der Krankenscheine	Abgerechnete Beträge	Anzahl der Krankenscheine	Abgerechnete Beträge
1.Qu.	1999 / I - 2000 / I	-1,5	-0,8	5,5	4,8
	2000 / I - 2001 / I	-1,1	-1,9	2,3	0,7
2.Qu.	1999 / II - 2000 / II	0,5	0,5	-0,3	-0,3
	2000 / II - 2001 / II	-0,1	0,1	2,7	1,7
3.Qu.	1999 / III - 2000 / III	-1,7	-0,9	-0,9	-2,1
	2000 / III - 2001 / III	0,9	2,5	4,6	4,9
4.Qu.	1999 / IV - 2000 / IV	-1,9	-0,9	2,5	1,8
	2000 / IV - 2001 / IV	0,5	1,7	2,5	3,3
1999 - 2000		-1,2	-0,5	1,8	1,2
2000 - 2001		0,0	0,5	3,0	2,5

Quelle: HVST - Ärztekostenstatistik 1999-2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

15.5 Fallbeispiel Tirol

15.5.1 Hintergrund

Resultierend aus Diskussionen im Zuge der 12. Sitzung der Strukturkommission im April 2001 zur Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz wurde eine Arbeitsgruppe (Arbeitsgruppe „Behandlungsbeitrag-Ambulanz“) eingerichtet, welche im Dezember desselben

Jahres erstmals einberufen wurde. Diese Arbeitsgruppe sollte sich sowohl mit der Umsetzung, den Kosten und Einnahmen als auch mit der Nachweisbarkeit eines etwaigen Lenkungseffektes (unter Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen spitalsambulantem und extramuralem Bereich) im Zusammenhang mit dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz beschäftigen. Die Analysen zum Lenkungseffekt wurden in weiterer Folge durch das ÖBIG durchgeführt.

Im Rahmen der ersten Sitzung der Arbeitsgruppe wurde hinsichtlich der vorgesehenen Datenanalysen (beispielsweise Ambulanzdaten gemäß Krankenanstaltenstatistik) auf Inkonsistenzen in Zusammenhang mit der Erstellung von Zeitreihenvergleichen hingewiesen. Weiters wurde betont, dass für Datenvergleiche jedenfalls örtliche Gegebenheiten wie unterschiedliche Versorgungsstrukturen (beispielsweise hohe und niedrige Ärztedichte im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt werden sollten.

In einer zweiten Sitzung der Arbeitsgruppe im März 2002 wurde die Studie „Ambulanzdaten gemäß KA-Statistik. Plausibilitätsprüfung und Empfehlungen“ (siehe Abschnitt 15.2) präsentiert und diskutiert. Gemäß der im Studienverlauf vorgenommenen Analysen erwiesen sich die bis zum Überprüfungszeitpunkt vorhandenen Ambulanzdaten gemäß Krankenanstaltenstatistik für Auswertungen zum Lenkungseffekt als ungeeignet. Dies liegt beispielsweise an einer unterschiedlichen Gliederung der Kostenstellen oder an Brüchen in der Zeitreihe aufgrund gesetzlicher oder struktureller Veränderungen. Wie schon im Verlauf der ersten Sitzung der Arbeitsgruppe betont wurde, galt es für eine Untersuchung des Lenkungseffektes die bundesweit unterschiedlichen Versorgungsstrukturen, wie regional hohe und niedrige Ärztedichte (Allgemein- und Fachärzte) im niedergelassenen Bereich, zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit den erwähnten Inkonsistenzen wurde durch die Arbeitsgruppe eine bundesweite Erhebung zum Lenkungseffekt des Behandlungsbeitrages-Ambulanz nicht unterstützt. Daher wurde in der Arbeitsgruppe beschlossen, im Bundesland Tirol Modellregionen zu definieren und für eine entsprechende Analyse heranzuziehen. Dabei galt es primär zu untersuchen, ob ein allfälliger Lenkungseffekt des Behandlungsbeitrages-Ambulanz nachzuweisen sei.

In Kooperation mit dem Land Tirol wurden die Bezirke Kufstein und Reutte für eine derartige Untersuchung vorgeschlagen. Die Auswahl der Bezirke lag darin begründet, dass Kufstein (rund 95.000 Einwohner) eine hohe Dichte an niedergelassenen Fachärzten vorweist, der Bezirk Reutte (rund 30.000 Einwohner) im Gegensatz dazu nur eine geringe Dichte. Damit sollten die Auswirkungen der Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz unter Berücksichtigung unterschiedlicher infrastruktureller Voraussetzungen überprüft werden.

Für die vorgesehenen Untersuchungen wurden Datenevaluationen hinsichtlich der Ärztekostenstatistik sowie Ambulanzdaten gemäß Krankenanstaltenstatistik für die ausgewählten Bezirke beziehungsweise Krankenanstalten vorgenommen. Weiters wurden Interviews mit Vertretern von folgenden Institutionen geführt:

- Amt der Tiroler Landesregierung
- Krankenanstalten Kufstein und Reutte:
 - Verwaltungsdirektoren
 - EDV-Verantwortliche

- Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK)
- Tiroler Ärztekammer
- Bezirksärztervertretung der Bezirke Kufstein und Reutte
- Patientenvertretung der Krankenanstalten Kufstein und Reutte sowie der TILAK

Während die Analyse der Ärztekostenstatistik etwaige Veränderungen der Fallzahlen (= abgerechnete Behandlungsscheine) im niedergelassenen Bereich zum Inhalt hatte, wurden die Ambulanzdaten zu Untersuchungen der Entwicklung von Ambulanzfrequenzzahlen in den Krankenanstalten in Kufstein und Reutte für die Jahre 1998 bis 2001 herangezogen. Um dabei etwaige Brüche bzw. Schwankungen in den Zahlenreihen abzuklären, wurden die Untersuchungsergebnisse der Ambulanzdaten in den Interviews auf deren Konsistenz geprüft sowie um aktuelle Angaben ergänzt.

15.5.2 Ergebnisse

Im Rahmen der Interviews, die im Mai 2002 geführt wurden, wurde übereinstimmend deutlich, dass - nach kurzfristigen Anlaufschwierigkeiten - grundsätzliche Kenntnis der gesetzlichen Regelungen zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz sowohl beim Personal der betroffenen Institutionen als auch bei den Patienten besteht. In den Krankenanstalten der beiden Modellregionen werden die erforderlichen Datensätze anhand einer standardisierte Eingabemaske erfasst, wobei entsprechende Adaptierungen der Eingabemaske auf individuelle ambulanzspezifische Anforderungen möglich sind (beispielsweise das Ausblenden des Befreiungsgrundes „Mutterschaft“ für Augenambulanzen). Es werden allgemeine Stammdaten der Patienten ebenso erfasst wie etwaige Befreiungs- oder Ausschlussgründe (siehe Abschnitt 15.1). Die Erfassung der Ausschlussgründe wurde von den Interviewpartnern der beiden Krankenanstalten der Modellregionen als problematisch angesehen. So wäre etwa die schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel nicht durch das medizinische Personal feststellbar.

Die von den Tiroler Krankenanstalten erhobenen Daten werden nach Quartalsende an die TGKK übermittelt, die diese Daten ohne inhaltliche Überprüfung an den HVST weiterleitet. Dort werden die einlangenden Daten hinsichtlich der bundesländerübergreifenden Betreuung und der jährlichen Beitragshöchstgrenze von € 72,67 überprüft. Danach wird vom HVST ein Vorschreibepaket an die jeweiligen Gebietskrankenkassen übermittelt, aus dem die an die Patienten zu versendenden Zahlscheine erstellt und versandt werden.

Sowohl die Vertreter der beiden Krankenanstalten als auch der TGKK schätzten den laufenden personellen und infrastrukturellen Aufwand nach der erfolgten Umstellung der EDV-Systeme sowie nach den entsprechenden Schulungsmaßnahmen als relativ gering ein, wobei jedoch darauf hingewiesen wurde, dass jeder Einspruch gegen eine Gebührenvorschreibung einen deutlichen Mehraufwand nach sich ziehen würde.

Weiters wurde von den Interviewpartnern kritisiert, dass der angestrebte Lenkungseffekt solange nicht erreicht werden könne, solange nicht ausreichende Alternativangebote im niedergelassenen Bereich eingerichtet seien; die Vorschreibung eines Behandlungsbeitrages sei bei Vorliegen eines solchen extramuralen Versorgungsdefizits nicht gerechtfertigt. Darüber

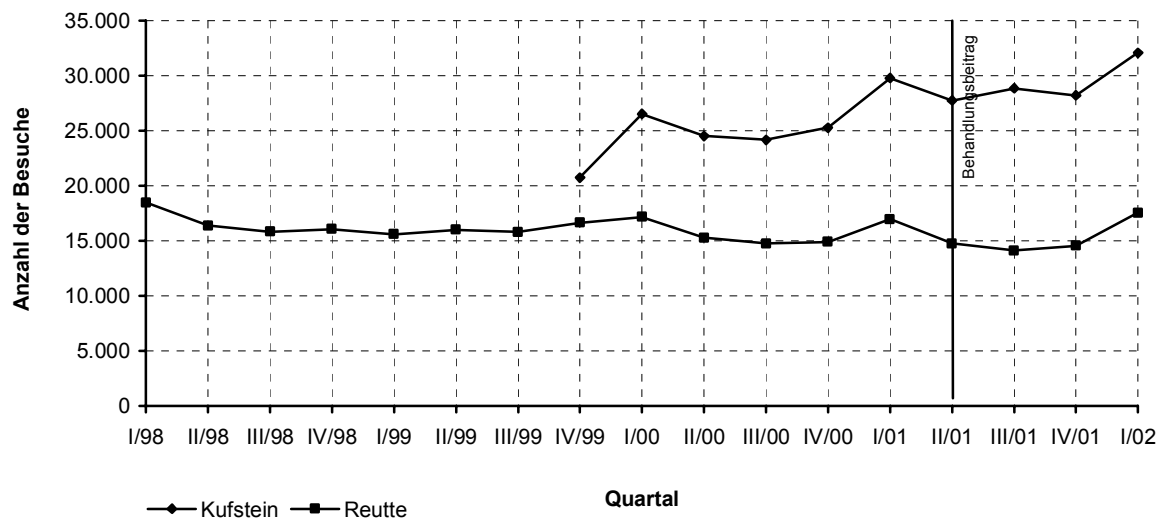
hinaus wurde angeführt, dass nur wenige chronische Erkrankungen Eingang in die Befreiungsgründe gefunden hätten, während solche Patienten nicht erfasst würden, die an vergleichbaren schwerwiegenden Krankheiten leiden. Die beiden letztgenannten Kritikpunkte sind durch die in Abschnitt 15.1 beschriebenen Erweiterung der Befreiungsgründe, die ab 1. Oktober 2002 gültig wurde, nunmehr inhaltlich bereits berücksichtigt.

Seitens der Interviewpartner wurde die Erwartung geäußert, dass die im Zusammenhang mit dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz erforderlichen Datenerfassungen eine Verbesserung der Datenkonsistenz der Ambulanz- sowie auch der Ambulanzdaten gemäß Krankenanstaltenstatistik zur Folge haben wird.

Intramuraler Bereich

Mit den Ansprechpartnern der Krankenanstalten in Kufstein und Reutte wurden die jeweiligen Auswertungen der Ambulanzdaten gemäß Krankenanstaltenstatistik hinsichtlich Inplausibilitäten geprüft und aktualisiert beziehungsweise ergänzt. Dies ermöglichte im Gegensatz zu der in Abschnitt 15.3 analysierten Struktur der Ambulanzbesuche die Auswertung eines längerfristigen Beobachtungszeitraums. In Abbildung 15.10 wird die Entwicklung der Frequenzdaten der analysierten Krankenanstaltenambulanzen quartalsweise dargestellt.

Abbildung 15.10: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Ambulanzbesuche in den BKH Kufstein und Reutte, alle Fachrichtungen, 1. Quartal 1998 - 1. Quartal 2002



BKH = Bezirkskrankenhaus

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebungen in den BKH Kufstein und Reutte

Für das BKH Kufstein stand erst ab dem vierten Quartal 1999 eine konsistente Datenreihe zur Verfügung. Davor war der Vollbetrieb der durch die Zusammenlegung der Krankenanstalten Kufstein und Wörgl neu strukturierten Krankenanstalt nicht gegeben. Auch wenn bereits im Vorfeld eine enge organisatorische Verknüpfung bestand, so stehen laut Auskunft des Verwaltungsdirektors keine validen und konsistenten Datenreihen für die Perioden vor der nunmehr dargestellten Zeitspanne zu Verfügung. Der Verlauf der Frequenzentwicklung für alle Fachrichtungen im BKH Kufstein nach Einführung des Behandlungsbeitrages-

Ambulanz im 2. Quartal 2001 zeigt gegenüber den Vergleichsperioden keinen Rückgang. Vielmehr ist gegenüber den quartalsweisen Auswertungen der Vergleichsperiode ein Gesamtanstieg zu verzeichnen, wobei in diesem Zusammenhang auf die oben beschriebene Aufnahme des Vollbetriebes im BKH Kufstein hinzuweisen ist.

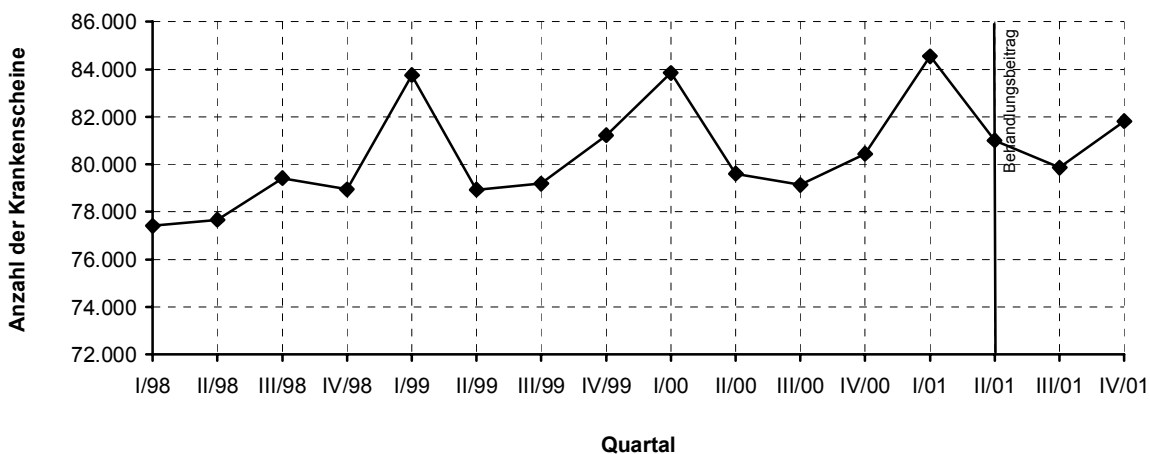
Auch für das BKH Reutte ist anhand der Zeitreihenanalyse keine deutliche Reduzierung der ambulanten Frequenzzahlen nachzuweisen. Die quartalsweisen Schwankungen liegen im Bereich der in Abschnitt 15.3 anhand der Ambulanzstatistik ermittelten Auswertungsergebnisse. Das Eintreten eines Lenkungseffektes, also eine Reduzierung der Inanspruchnahme der Krankenanstaltenambulanzen, ist mit den bis zum 1. Quartal 2002 zu Verfügung stehenden Daten nicht nachzuweisen.

In Anhang C (Abbildungen C.6 bis C.13) werden die Zeitverläufe der jeweilig fachspezifischen Frequenzen aller Ambulanzen in den beiden untersuchten Krankenanstalten für Anästhesiologie, Chirurgie, Dialyse, Gynäkologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Radiologie und Unfallchirurgie abgebildet. Ergänzend werden für das BKH Kufstein noch die Bereiche Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Physikalische Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Urologie dargestellt. Auch fachbereichsbezogen sind keine markanten Veränderungen der Ambulanzfrequenzen, die auf den angestrebten Lenkungseffekt hindeuten, feststellbar. Dadurch wird auch die Einschätzung bestätigt, die seitens der Interviewpartner der lokalen Institutionen vorgetragen wurde.

Extramuraler Bereich

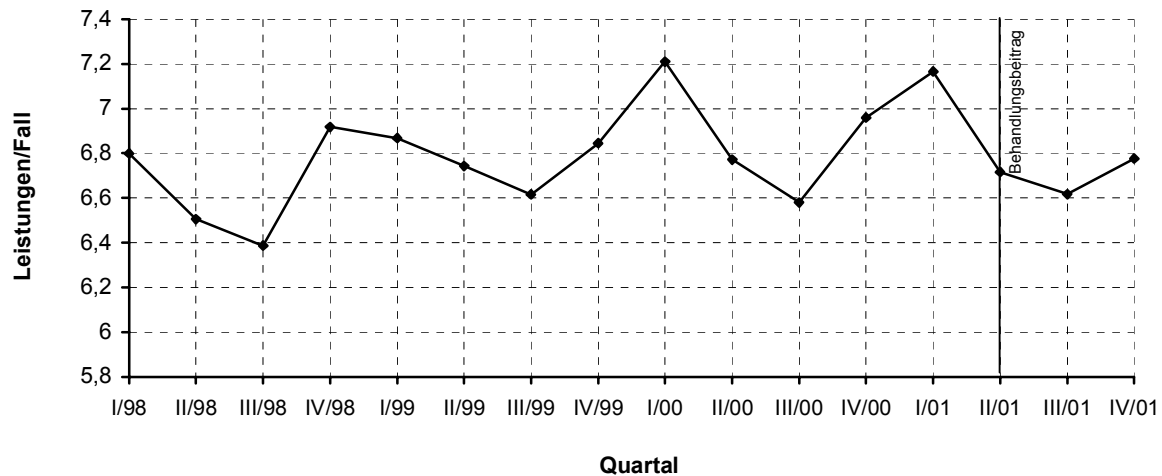
Für den niedergelassenen Bereich wurden die in den Bezirken Kufstein und Reutte abgerechneten Krankenscheine pro Quartal sowie die - im Zusammenhang mit der in Tirol bestehenden Einzelleistungsvergütung - Entwicklung der Leistungsintensität (Leistungen pro Fall) einer entsprechenden Analyse unterzogen (vgl. Abbildungen 15.11 und 15.12). Zur genaueren Analyse werden in Tabelle 15.5 die prozentuellen Veränderungen der Anzahl der abgerechneten Krankenscheine, der erbrachten Leistungen sowie der Anzahl der erbrachten Leistungen pro Fall quartalsweise dargestellt.

Abbildung 15.11: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Anzahl der abgerechneten Krankenscheine für alle Fachrichtungen im Bezirk Kufstein, 1998-2001



Quelle: TGKK, ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 15.12: *Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der erbrachten Leistungen pro abgerechnetem Krankenschein für alle Fachrichtungen im Bezirk Kufstein, 1998-2001*



Quelle: TGKK, ÖBIG-eigene Berechnungen

Anhand Tabelle 15.5 wird deutlich, dass sowohl die Anzahl der Krankenscheine als auch der erbrachten Leistungen im Zeitraum 1998 bis 2001 angestiegen ist. Dabei ist von 1998 auf 1999 die deutlichste Steigerung (3,1 beziehungsweise 4,9 Prozent) festzustellen, die in den Folgejahren deutlich zurückgeht beziehungsweise sogar stagniert. Der auffällige Anstieg im Jahr 1999 ist vor allem auf die vergleichsweise Entwicklung des jeweils ersten Quartals 1998 und 1999 zurückzuführen. Weitere nennenswerte Zuwächse werden im Vergleich des jeweils zweiten und dritten Quartals der Jahre 1999 und 2000 bei den erbrachten Leistungen (5,3 und 3,3 Prozent) sowie bei den Krankenscheinen im jeweils vierten Quartal von 1998 auf 1999 (2,9 Prozent) ausgewiesen, fanden also bereits vor der Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz statt.

Als Indikator der Nachweisbarkeit einer verstärkten Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereichs ist auch die Anzahl der erbrachten Leistungen pro abgerechneten Krankenschein heranzuziehen. Hier liegen im Bezirk Kufstein die Werte des zweiten bis vierten Quartals 2001 - also für die Zeit nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz - im Durchschnitt der Vorperioden oder sogar unterhalb. Der ab dem 2. Quartal 2001 angestrebte Lenkungseffekt (weg von den Ambulanzen zum niedergelassenen Bereich) ist somit nicht nachzuweisen.

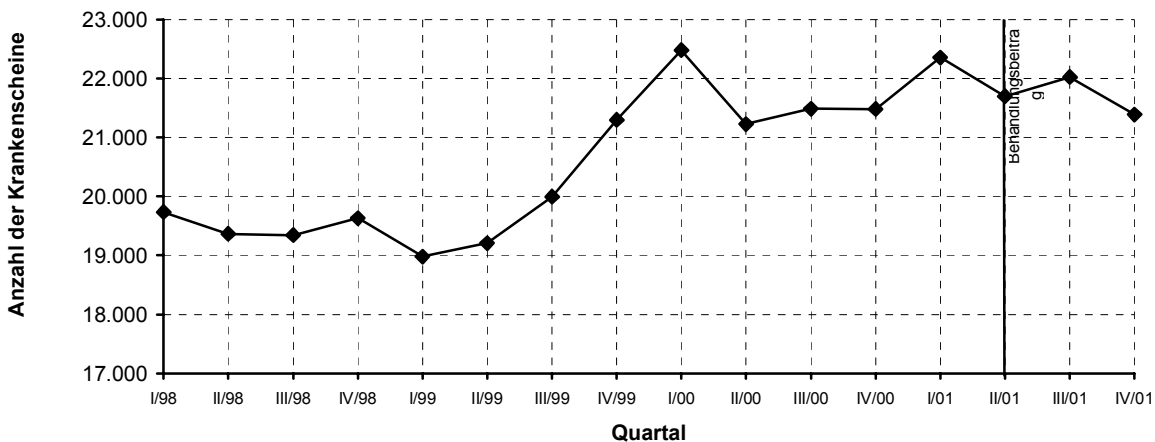
Tabelle 15.5: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Veränderung der Anzahl der abgerechneten Krankenscheine, der erbrachten Leistungen sowie der Anzahl der erbrachten Leistungen pro Fall in Prozent, Bezirk Kufstein, 1998-2001

Periode		abgerechnete Krankenscheine	Leistungen	Leistungen pro Fall
1. Qu.	1998 / I - 1999 / I	8,2	9,3	1,0
	1999 / I - 2000 / I	0,1	5,1	5,0
	2000 / I - 2001 / I	0,8	0,2	-0,6
2. Qu.	1998 / II - 1999 / II	1,6	5,3	3,7
	1999 / II - 2000 / II	0,9	1,3	0,4
	2000 / II - 2001 / II	1,8	0,9	-0,8
3. Qu.	1998 / III - 1999 / III	-0,3	3,3	3,6
	1999 / III - 2000 / III	-0,1	-0,6	-0,5
	2000 / III - 2001 / III	0,9	1,5	0,6
4. Qu.	1998 / IV - 1999 / IV	2,9	1,8	-1,1
	1999 / IV - 2000 / IV	-1,0	0,7	1,7
	2000 / IV - 2001 / IV	1,7	-1,0	-2,6
1998 - 1999		3,1	4,9	1,8
1999 - 2000		0,0	1,7	1,7
2000 - 2001		1,3	0,4	-0,9

Quelle: TGKK, ÖBIG-eigene Berechnungen

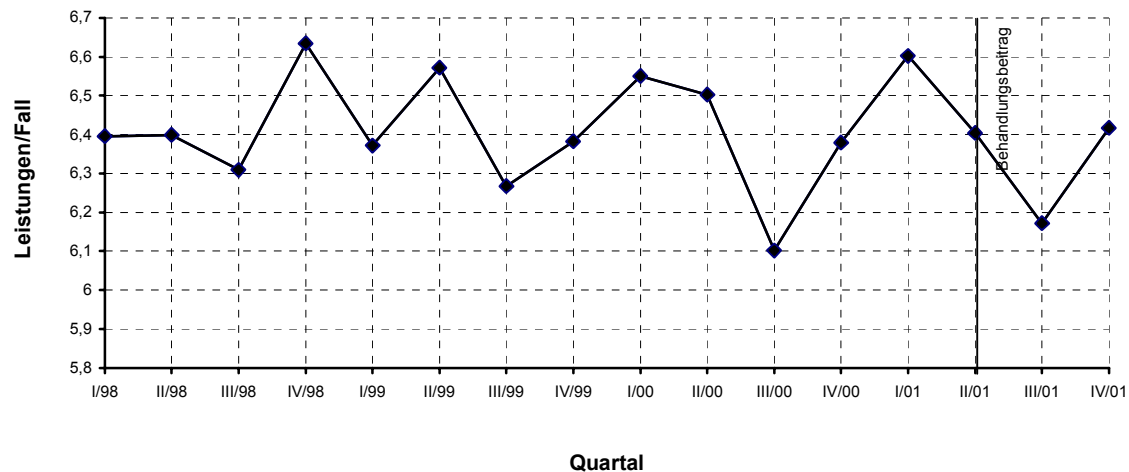
In den Abbildungen 15.13 und 15.14 werden nun die entsprechenden Auswertungsergebnisse für den Bezirk Reutte vorgestellt, wobei die Tabelle 15.6 wiederum zur genaueren Analyse der prozentuellen Veränderungen im jeweiligen Quartalsvergleich dient.

Abbildung 15.13: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der Anzahl der abgerechneten Krankenscheine für alle Fachrichtungen im Bezirk Reutte, 1998-2001



Quelle: TGKK, ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 15.14: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Entwicklung der erbrachten Leistungen pro abgerechnetem Krankenschein für alle Fachrichtungen im Bezirk Reutte, 1998-2001



Quelle: TGKK, ÖBIG-eigene Berechnungen

Anhand Tabelle 15.6 wird deutlich, dass sowohl die Anzahl der Krankenscheine als auch der erbrachten Leistungen im Zeitraum 1998 bis 2001 angestiegen ist. Dabei ist von 1999 auf 2000 die deutlichste Steigerung (9,1 beziehungsweise 8,9 Prozent) festzustellen, die im Jahr davor beziehungsweise im Folgejahr nicht erreicht wurde. Der erwähnte auffällige Anstieg nimmt seinen Beginn bereits im vierten Quartal 1999 und dauert bis zum dritten Quartal 2000 an, fand also vor Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz statt.

Als Indikator der Nachweisbarkeit einer verstärkten Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereichs ist die Anzahl der erbrachten Leistungen pro abgerechneten Krankenschein heranzuziehen. Hier liegen die Werte des zweiten bis vierten Quartals 2001 - also für die Zeit nach Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz - knapp um den Durchschnitt der Vorperioden. Der ab dem 2. Quartal 2001 angestrebte Lenkungseffekt ist somit auch im Bezirk Reutte nicht nachzuweisen.

Tabelle 15.6: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Veränderung der Anzahl der Krankenscheine und der abgerechneten Beträge in Prozent, Bezirk Reutte, 1998-2001

Periode		abgerechnete Krankenscheine	Leistungen	Leistungen/Fall
1. Qu.	1998 / I - 1999 / I	-3,8	-4,2	-0,4
	1999 / I - 2000 / I	18,4	21,8	2,8
	2000 / I - 2001 / I	-0,6	0,2	0,8
2. Qu.	1998 / II - 1999 / II	-0,8	1,9	2,7
	1999 / II - 2000 / II	10,5	9,4	-1,0
	2000 / II - 2001 / II	2,2	0,7	-1,5
3. Qu.	1998 / III - 1999 / III	3,4	2,7	-0,7
	1999 / III - 2000 / III	7,5	4,6	-2,6
	2000 / III - 2001 / III	2,5	3,6	1,1
4. Qu.	1998 / IV - 1999 / IV	8,5	4,4	-3,8
	1999 / IV - 2000 / IV	0,9	0,8	-0,1
	2000 / IV - 2001 / IV	-0,4	0,1	0,6
1998 - 1999		1,8	1,2	-0,6
1999 - 2000		9,1	8,9	-0,2
2000 - 2001		0,9	1,1	0,2

Quelle: TGKK, ÖBIG-eigene Berechnungen

Eine differenzierte Darstellung der Daten nach Fachrichtungen für die Bezirke Kufstein und Reutte ist im Anhang C (Abbildungen C.14 bis C.55) abgebildet. Fachbereichsspezifisch größere Schwankungen bezüglich der abgerechneten Krankenscheine beziehungsweise der Leistungen pro Fall sind hauptsächlich auf individuelle Einflussfaktoren - wie der Abschluss eines neuen § 2-Kassenvertrages oder Pensionierungen - zurückzuführen.

15.6 Resümee

Ambulanzstatistik

Von April bis Dezember 2001 nahmen knapp zwei Millionen Patienten rund 7,4 Millionen Mal eine Ambulanz in Anspruch. Die Analyse der Struktur der Ambulanzbesuche hat gezeigt, dass das Lenkungspotenzial, als jener Anteil an Ambulanzbesuchen, über den die Patienten ohne vorherige ärztliche Konsultation entscheiden, mit zwölf Prozent relativ gering ist. Der Großteil der Patienten ist aus folgenden Gründen nicht auf den niedergelassenen Bereich „umlenkbar“:

- Am Wochenende wurden insgesamt sieben Prozent der Ambulanzbesuche (knapp 550.000) registriert, elf Prozent der Ambulanzbesuche (etwa 830.000) fanden zwischen 18:00 und 7:00 Uhr statt. Dies ist außerhalb der üblichen Ordinationszeiten von niedergelassenen Ärzten und dürfte deshalb nicht lenkbar sein.
- Mehr als drei Viertel der Ambulanzbesuche erfolgte aufgrund einer ambulanten Wiederbestellung, einer Überweisung von einem niedergelassenen Arzt oder von einer anderen Ambulanz. Auch für diese Patienten besteht keine Möglichkeit, zwischen Spitalsambulanz und niedergelassenem Bereich zu wählen.

- Bei Patienten, für die in der Ambulanzstatistik ein Erste-Hilfe-Schein angegeben wurde (sieben Prozent der Ambulanzbesuche), ist unklar, ob sie eine Entscheidungsbefugnis über die Wahl zwischen Ambulanz und niedergelassenem Arzt besaßen.

Entsprechend diesem geringen Lenkungspotenzial zeigt sich im Jahr 2001 sowohl bei den ASVG-Versicherten (für die der Behandlungsbeitrag-Ambulanz neu eingeführt wurde) als auch bei den Versicherten der anderen Versicherungsträger eine eher konstante monatliche Inanspruchnahme mit leichten Schwankungen. Der weitaus überwiegende Teil der Ambulanzbesuche (86 Prozent) betraf ASVG-Versicherte. Von diesen waren 40 Prozent (2,6 Millionen Besuche) gebührenpflichtig, 48 Prozent (3 Millionen) nicht gebührenpflichtig und zwölf Prozent (785.000) von einer weiteren Gebühr ausgenommen, weil die maximale Jahresgebühr überschritten wurde.

Ärztelkostenstatistik

Für den Zeitraum 1999 bis 2001 konnte für beide untersuchten Kennzahlen - die Anzahl der österreichweit von den niedergelassenen § 2-Kassenärzten abgerechneten Krankenscheine und die Höhe der von diesen Ärzten abgerechneten Beträge - lediglich ein deutliches saisonales Muster mit Jahreshöchstwerten im ersten Quartal und einem Tiefststand im dritten Quartal festgestellt werden, nicht jedoch eine verstärkte Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereiches seit der Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz. Je nach Sozialversicherungsträger und Fachbereich war dieses Muster unterschiedlich stark ausgeprägt, gegenläufige Entwicklungen waren jedoch kaum zu beobachten beziehungsweise liegen im üblichen Schwankungsbereich.

Fallbeispiel Tirol

Anhand der Datenanalyse der Tiroler Modellregionen Kufstein und Reutte konnte für den untersuchten Zeitraum kein Lenkungseffekt im Zusammenhang mit der Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz nachgewiesen werden. Eine Reduzierung der Inanspruchnahme der Krankenanstaltenambulanzen bei gleichzeitig stärkerer Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereichs ist mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht festzustellen. Dies gilt sowohl für einzelne Fachrichtungen als auch für die Gesamtbetrachtung der ausgewählten Tiroler Modellregionen. Etwaige größere Abweichungen der durchschnittlichen Fallbeziehungsweise Leistungszahlen einzelner Fachrichtungen im niedergelassenen Bereich sind meist auf die erwähnten lokal bedingten Ursachen (Pensionierung, neuer Kassenvertrag) zurückzuführen. Die Ergebnisse der Datenanalysen stimmen somit mit den in den Modellregionen durchgeführten Experteninterviews überein.

Im Zusammenhang mit den Auswertungen des vorhandenen Datenmaterials ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass der für die vorliegende Studie herangezogene Untersuchungszeitraum für die Einschätzung einer längerfristigen Entwicklung knapp bemessen ist. Die Entwicklung der Inanspruchnahme der Krankenanstaltenambulanzen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme im niedergelassenen Bereich ist auch aufgrund der im Oktober 2002 in Kraft getretenen neuen Regelungen hinsichtlich der Befreiungstatbestände einer weiteren Beobachtung zu unterziehen.

IV. Implikationen (ÖBIG)

16 Schlussfolgerungen

16.1 Theoretischer Hintergrund

Laut neoklassischer ökonomischer Theorie werden Selbstbeteiligungen deshalb eingesetzt, um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und -gütern einzuschränken, da im Gesundheitswesen bei vollem Versicherungsschutz eine Übernachfrage entstünde. Eine Einführung bzw. Erhöhung einer Selbstbeteiligung soll die Funktion des Preises übernehmen, der Angebot und Nachfrage zur Übereinstimmung bringe und irrationales Verhalten bzw. „Verschwendung“ verhindere. Damit komme es zu einer optimalen Allokation (Zuteilung) der eingesetzten Ressourcen (sogenanntes Pareto-Optimum).

Das neoklassische Marktmodell geht von den Voraussetzungen eines vollkommenen Marktes aus, welche wie folgt definiert sind:

- Anbieter und Nachfrager handeln unabhängig voneinander.
- Es gibt zahlreiche Anbieter und Nachfrager, sodass keiner von ihnen den Marktpreis beeinflussen kann.
- Die Nachfrager sind vollständig informiert und handeln rational, das heißt, sie kennen die Preise und die Qualität aller Produkte. Sie können bewerten, welchen Nutzen sie aus dem Konsum eines Gutes oder einer Dienstleistung haben und sie treffen ihre Entscheidung derart, dass sie dabei ihren persönlichen Nutzen maximieren.
- Es gibt keine Transaktionskosten, also Kosten wie beispielsweise für die Beschaffung der erforderlichen Informationen, für den Abschluss von Verträgen, etc.
- Kosten und Nutzen fallen nur bei den jeweiligen Anbietern bzw. Nachfragern an und nicht bei Dritten (z. B. Versicherungen).

Sobald eine der genannten Bedingungen nicht erfüllt ist, spricht man von Marktfehlern, die zum sogenannten Marktversagen führen. Marktfehler finden sich in sämtlichen Wirtschaftsbereichen mehr oder weniger stark ausgeprägt. Das Gesundheitswesen steckt voller solcher Marktfehler, deren Ursachen in der spezifischen Nachfrage- und Angebotsstruktur dieses Leistungsbereiches liegen.

Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen

Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen hängt im Allgemeinen vom Preis des Gutes, vom Preis von Substituten (austauschbare Güter), vom Einkommen und den Präferenzen der Nachfrager ab. Im Gesundheitswesen werden eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen und Güter angeboten.

Eine besondere Gruppe stellen die sogenannten öffentlichen Güter dar, die zahlreiche positive Effekte für die Gesellschaft als Ganzes aufweisen. Dazu gehören beispielsweise Maßnahmen zur Bekämpfung von übertragbaren Erkrankungen wie Infektionskrankheiten, Tu-

berkuloze, etc. Diese Leistungen schützen auch diejenigen Personen, die selbst nicht an einer Impfung oder an einer Behandlung teilgenommen haben. Bei dieser Art von Gütern macht die Auferlegung einer Selbstbeteiligung selbst nach Ansicht von Vertretern der neoklassischen Theorie keinen Sinn, da sie einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen stiften.

Inwieweit bei Gesundheitsleistungen und -gütern eine Selbstbeteiligung zu einer verhaltenssteuernden Wirkung führen könnte, ist unter anderem von der Preiselastizität der Nachfrage abhängig. Die Preiselastizität der Nachfrage gibt an, in welchem Ausmaß sich die Nachfrage nach einer bestimmten Leistung verändert, wenn der Preis um einen bestimmten Prozentsatz angehoben wird. Sinkt die Nachfrage stärker oder im selben Ausmaß wie die prozentuelle Änderung des Preises, spricht man von einem elastischen Verlauf, ansonsten von einem unelastischen. Die Preiselastizität der Nachfrage wird nicht nur durch die Eigenschaften bzw. die Art der Güter bestimmt, sondern hängt auch von den Präferenzen der Konsumenten ab. Diese Präferenzen können sich im Zeitablauf ändern. So wird ein Gesunder seine Präferenzen radikal ändern, wenn er von Krankheit betroffen ist. Weiters beeinflusst die Verfügbarkeit von Substituten die Preiselastizität der Nachfrage. Je leichter auf andere Güter ausgewichen werden kann, desto elastischer reagieren die Nachfrager auf Preisänderungen.

Im Gesundheitswesen ist die Preiselastizität der Nachfrage bei absolut notwendigen Gütern und Dienstleistungen (z. B. lebensnotwendige Operationen) so gut wie nicht gegeben (keine Nachfrageänderung aufgrund einer Preiserhöhung). In den empirischen Untersuchungen wurde für das Gesundheitswesen insgesamt eine unelastische Preiselastizität der Nachfrage (Werte zwischen 0 und kleiner 1) festgestellt (vgl. Kapitel 3).

Angebot von Gesundheitsgütern und -leistungen

Das Angebot wird nach der Allgemeinen ökonomischen Theorie von folgenden Faktoren bestimmt:

- Dem Preis des Gutes: je höher der Preis, desto mehr wird angeboten.
- Den Kosten der Einsatzfaktoren Arbeit und Kapital: je höher die Kosten bei gegebenem Preis, desto geringer die Angebotsmenge und umgekehrt.
- Dem Stand der Technologie: bei höherer Produktivität durch verbesserte Technologie würde bei gleichem Preis mehr angeboten.

Eine Besonderheit im Gesundheitswesen ist die sogenannten Sachwalterbeziehung (der Arzt trifft in der Regel die Entscheidung für den Patienten), die mit Informationsasymmetrien verbunden ist. Die Anbieter haben in der Regel einen Informationsvorteil über mögliche Behandlungen, Therapien und (Neben)Wirkungen. Diese Informationsvorteile sind prinzipiell ökonomisch sinnvoll und auch gewünscht. Grundsätzlich entspricht es durchaus einem rationalen Verhalten, dass der Patient die Entscheidungsmacht an den Arzt delegiert, da - im Gegensatz zu vielen anderen Marktgütern, wo „trial and error“-Lernprozesse möglich sind -, eine Fehlentscheidung bei medizinischen Leistungen schwerwiegende Folgen haben kann. Der Arzt hat also eine hohe Entscheidungsmacht, die auch dazu genutzt werden kann, die Zahlungsbereitschaft der Patienten „auszunützen“, das heißt, sie zu größeren Ausgaben für Gesundheit zu veranlassen, als sie bei perfekter Information tätigen würden (Hajen/Paetow/Schumacher 2000).

Aufgrund der Sachwalterbeziehung im Gesundheitswesen haben Ärzte und andere Leistungserbringer daher die Möglichkeit, im bestimmten Maße Art und Umfang der Leistungen selbst zu bestimmen. Inwieweit dies möglich ist, hängt vom jeweiligen Honorierungs- bzw. Anreizsystem ab. Bei im Nachhinein verrechneten Vergütungsformen zwischen Anbietern und Krankenkassen (z. B. Einzelleistungsvergütung) wird dies stärker der Fall sein. Die Anbieter werden dazu tendieren, den durch eine allfällige Selbstbeteiligung bedingten Einkommensausfall durch erhöhte Leistungsintensität zu kompensieren. In diesen Systemen hat das Instrument Selbstbeteiligung keine Steuerungswirkung im Sinne einer Eindämmung der Gesundheitsausgaben. Es kommt lediglich zu einer Umverteilung der Finanzierung von der öffentlichen auf die private Hand (Saltman/Figueras/Sakellarides 1997).

Wegen der besonderen Wechselbeziehung zwischen Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen gibt es unter den Ökonomen unterschiedliche Meinungen, ob und wie Selbstbeteiligungen wirken. Aufgrund der - von fast allen Ökonomen gleichermaßen akzeptierten und empirisch auch aufgezeigten - Tatsache, dass die Anbieter ihre Macht nutzen können, die Nachfrage der Patienten durch ihre Sachwalterfunktion zu beeinflussen, wird eine Preissteuerung über Selbstbeteiligung als ein ungeeignetes Instrument angesehen, da grundlegende Annahmen im ökonomischen Modell nicht gegeben sind (Saltman/Figueras/Sakellarides 1998).

Die gespaltenen Meinungen der Ökonomen spiegeln sich auch in den Argumenten der Befürwortern und Gegnern von Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument zur Effizienzverbesserung im Gesundheitswesen wider (vgl. hierzu Abschnitt 2.3).

Verteilungsgerechtigkeit

„Der Markt verteilt nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit im weitesten Sinn. Wird dies akzeptiert, so gibt es keinen Marktfehler. Der Markt differenziert also, er verteilt Lebenschancen ungleich und wie man weiß, er neigt generell dazu, Ungleichheit zu verstärken. Man mag dies für leistungsgerecht oder sozial ungerecht halten, an der Tatsache kommt man nicht vorbei. Daher liegt der Schluss nahe, dass es gerade die Stärkeren, Einflussreicheren und Reicheren sind, die sich vehement dafür einsetzen, Marktprozesse in allen Lebensbereichen, also auch beispielsweise im Gesundheitswesen einzurichten. Im Gesundheitswesen würde das bedeuten, dass jeder im Krankheitsfall genau die Therapie bekommt, die er bezahlen kann“ (Hajen/Paetow/Schumacher 2000).

Die Ansicht, dass jeder die Behandlung bekommen soll, die er sich leisten kann, widerspricht in fast allen Ländern den ethischen und sozialen Vorstellungen. So ist beispielsweise im Regierungsprogramm „Österreich neu regieren“ der ÖVP-FPÖ-Koalition die grundsatzpolitische Position zum Gesundheitswesen folgendermaßen festgehalten: „Grundsätzlich gleicher Zugang zu allen medizinischen Versorgungseinrichtungen nach jeweils fachlich definierten Qualitätsstandards für alle, keine Rationierungen der Leistungen nach den Kriterien Alter, Geschlecht, Religion usw.“. In der österreichischen Sozialversicherung ist eines der grundlegenden Prinzipien Solidarität, und zwar Solidarität zwischen Reichen und Armen, zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jüngeren und Älteren. Eine solidarischen Grundsätzen entsprechende Versorgung ist mit Wettbewerbs- und Marktbedingungen grundsätzlich nicht vereinbar, deshalb werden zur Abfederung meist zusätzliche Maßnahmen getroffen. Um un-

erwünschte unsolidarische Effekte zu vermeiden, sind - und werden auch in der Realität - häufig bei Selbstbeteiligungen Ausnahmeregelungen und Befreiungen für bestimmte Gruppen (Kranken, Alte, Einkommensschwache) vorgesehen (vgl. Kapitel 13).

16.2 Empirische Evidenz zu Selbstbeteiligungen

Mit Selbstbeteiligungen werden im Wesentlichen zwei Ziele verfolgt:

1. Finanzierungsziel

Mit Hilfe von Selbstbeteiligungen sollen die öffentlichen Budgets entlastet werden, indem eine Kostenüberwälzung auf die Patienten stattfindet (statischer Effekt). Um eine Wirkung auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen insgesamt zu erzielen, muss das Steuerungsziel im Vordergrund stehen.

2. Steuerungsziel

Durch Selbstbeteiligungen sollen die Patienten kostenbewusster handeln und davon abgehalten werden, Leistungen, die als nicht notwendig erachtet werden, nachzufragen. Durch die Verhaltensänderung der Versicherten kann es neben der Entlastung der öffentlichen Ausgaben (z. B. der Sozialversicherung) auch zu einer Senkung bzw. Dämpfung der Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben (dynamischer Effekt) kommen.

Internationale Analyse

Wie in Kapitel 4 festgestellt, gibt es wenige empirische Untersuchungen zu den Wirkungen von Selbsthalten. Auch unterscheiden sich die Studien in Design und Methodik. In zwei von fünf empirischen Studien (vgl. Kapitel 3) wurde neben einer verringerten Inanspruchnahme auch ein Einfluss auf die Gesundheitsausgaben insgesamt festgestellt, also das Steuerungsziel erreicht. Bei der einen Untersuchung handelt sich um ein Feldexperiment in den USA, das unter der Bezeichnung Rand-Experiment bekannt wurde und häufig als positives Beispiel für die Steuerungswirkung von Selbstbeteiligung herangezogen wird. Aufgrund des experimentiellen Studiendesigns können jedoch keine Rückschlüsse gezogen werden, inwieweit bei einer allgemeinen Einführung die angewendeten Selbstbeteiligungsregelungen tatsächlich Wirkung gezeigt hätten, weil die Anbieter die Möglichkeit hätten, die konsumenteninduzierte Nachfrageveränderung durch eine Erhöhung der Leistungsintensität zu kompensieren (Saltman/Figueras/, Sakellarides 1998). Darüber hinaus waren die am Experiment beteiligten Personen alle jünger als 60 Jahre. Damit wurde eine relevante Gruppe, nämlich jene mit dem höchsten Bedarf an Gesundheitsleistungen (chronisch kranke ältere Menschen) ausgeschlossen. Die zweite Studie, die eine Auswirkung auf die Gesundheitsausgaben zeigte, bezieht sich ausschließlich auf Privatversicherungen, deren Sample jedoch nicht repräsentativ (z. B. höhere Einkommensschichten) für die Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung und somit nicht übertragbar ist.

Die Untersuchungen zur Evaluierung der Einführung der allgemeinen Selbstbehaltsregelung in den Niederlanden (Krankenkassenrat 1998) und zu den Wirkungen von Arzneimittelzuzahlungen in Deutschland (BASYS 1999) zeigten keinen Steuerungseffekt. Pfaff et al. (1994)

schätzten anhand eines Simulationsmodells für die alten Bundesländer Deutschlands potenzielle Einsparungen durch die Einführung bzw. Erhöhung der Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich und bei Arzneimitteln für die gesetzliche Krankenversicherung ab, wobei allerdings allfällige Reaktionen der Leistungsanbieter nicht berücksichtigt scheinen.

Die meisten Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass durch Selbstbeteiligungen niedrigere Einkommen und bestimmte Patientengruppen (meist ältere und chronisch kranke Menschen) trotz kompensatorischer Maßnahmen stärker belastet sind.

Wie in den Kapiteln 5 bis 14 dargelegt, spielen Selbstbeteiligungen in der Praxis bereits eine beträchtliche Rolle, deren Bedeutung im letzten Jahrzehnt in fast allen Ländern zugenommen hat. Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben beläuft sich auf rund sechs Prozent (Niederlande) bis zirka 23 Prozent (Italien). Daneben kommt in den USA und in den Niederlanden der privaten Krankenversicherung bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben ein hoher Stellenwert zu. Länderweise Unterschiede bestehen hinsichtlich der Höhe und Art der Selbstbeteiligung (proportionale Selbstbeteiligung, pauschale Gebühren, Selbstbeteiligungen mit oder ohne Höchstgrenzen, Ausschluss von Leistungen, etc.).

Die Analyse relevanter Kennzahlen (Nachfrage, Selbstbeteiligung, Gesundheitsausgaben, Ressourcenangebot) auf Makroebene in den untersuchten acht Ländern erbrachte ein heterogenes Bild. Anhand der globalen Indikatoren konnte kein klarer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Selbstbeteiligung und der Nachfrage (Inanspruchnahme) abgeleitet werden. Die unterschiedlichen Einflussfaktoren - wie die Wechselwirkungen von Angebot und Nachfrage, unterschiedliche Honorierungssysteme, der allgemeine wirtschaftliche Wohlstand, die Altersstruktur der Bevölkerung, etc.) überlagern einander und erlauben keine eindeutigen Schlussfolgerungen auf der Makroebene. Eine Untersuchung der OECD stellte einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Ärzte und der Inanspruchnahme fest. Empirisch belegt ist auch der Zusammenhang zwischen steigendem Wohlstand (gemessen am Bruttoinlandsprodukt) und der Höhe der Gesundheitsausgaben: Je höher das gesamtwirtschaftliche Einkommen, desto höher auch die Gesundheitsausgaben. Die Erwartung, dass eine reduzierte Nachfrage durch Selbstbeteiligung zu niedrigeren Gesundheitsausgaben führt (Steuerungswirkung), kann auch nicht nachgewiesen werden (vgl. Kapitel 14).

In der Untersuchung auffällig war hingegen, dass jene Länder, die ihre Gesundheitsausgaben vermehrt über zusätzliche private Mittel (sei es Selbstbeteiligung, private Krankenversicherungsausgaben) aufbringen, auch höhere Gesundheitsausgaben pro Kopf aufwiesen. Dies legt die Vermutung nahe, dass es durch eine verstärkte Einbeziehung privater Finanzierungsmittel im Gesundheitswesen lediglich zu einer Überwälzung der Finanzierungslast von der öffentlichen auf die private Hand kommt und nicht die Gesundheitsausgaben insgesamt gedämpft werden.

Behandlungsbeitrag-Ambulanz

Für die in Österreich gültigen Selbstbeteiligungsregelungen bei ärztlichen Leistungen und Arzneimitteln steht das Finanzierungsziel im Vordergrund. In den letzten Jahren kam es bei Arzneimitteln aufgrund von Defiziten bei den Krankenkassen mehrfach zu außerordentlichen

Erhöhungen der Rezeptgebühr. So wurde beispielsweise die Rezeptgebühr im August 1996 um 20 Prozent angehoben, in der Folge ging die Anzahl der Verordnung von 1996 auf 1997 um 1,6 Millionen zurück (Minus von knapp zwei Prozent), stieg jedoch im Folgejahr wieder um 4,5 Millionen an. Wie auch in der Literatur oft beschrieben, kam es hier nur zu einer kurzfristigen Verhaltensänderung, die danach wieder überkompensiert wurde.

Der im April 2001 eingeführte Behandlungsbeitrag-Ambulanz verfolgt explizit auch ein Steuerungsziel, unter der Annahme, dass Patienten im niedergelassenen Bereich vergleichsweise kostengünstiger als in den Spitalsambulanzen behandelt werden. Mit dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz wird das Ziel verfolgt, die Patienten von den Ambulanzen zu den niedergelassenen Ärzten zu lenken. Bei den im Rahmen dieser Studie durchgeführten Untersuchungen (vgl. Kapitel 15) konnte ein Lenkungseffekt nicht nachgewiesen werden. Die vermutlichen Ursachen liegen zum einen darin, dass die Struktur (z. B. Öffnungszeiten der niedergelassenen Praxen, adäquate fachärztliche Versorgung) und das mögliche Behandlungsspektrum (z. B. Spezialambulanzen) im niedergelassenen Bereich nicht bzw. nicht ausreichend gegeben ist. Zum anderen entscheiden die Patienten größtenteils nicht selbst, ob sie eine Ambulanz aufsuchen. So ist der Anteil der Patienten, die von sich aus eine Ambulanz aufsuchen, sehr gering (vgl. Kapitel 15). Damit ist eine wichtige Voraussetzung für eine Verhaltensänderung und damit Steuerungswirkung nicht gegeben. Denn Selbstbeteiligungen wirken nur, wenn die Patienten selbst über Art und Umfang der Leistungsanspruchnahme mitentscheiden können. Auch der relativ hohe Anteil an ambulanten Wiederbestellungen (42 Prozent der Ambulanzbesuche) spricht entweder für hohe Präferenzen der Patienten hin zu den Ambulanzen, oder dass die Anbieter - hier die Ambulanzen - einen nicht unbeträchtlichen Einfluss auf die Nachfrageentscheidung der Patienten haben.

Der hohe Anteil der vom Behandlungsbeitrag-Ambulanz befreiten Besuche in Ambulanzen (rund 60 Prozent, vgl. Kapitel 15) und der damit verbundene Verwaltungsaufwand bei der Aufnahme und Meldung der Daten, bei der Überprüfung der Befreiungsgründe, bei der Erhebung der Gebühr, etc. zeigt auch das Spannungsfeld zwischen sozialen, administrativen und steuernden Zielen auf.

16.3 Resümee

Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument zur Verbesserung der Effizienz im Gesundheitswesen ist vielfach schwer zu handhaben. In den meisten Fällen bewirkt sie nur eine vorübergehende Verhaltensänderung im Sinne einer reduzierten Inanspruchnahme, die mit einer kurzfristigen Entlastung der öffentlichen Budgets einhergeht (Finanzierungswirkung), jedoch nicht mit einer längerfristigen Wirkung im Sinne einer effizienten Steuerung des Ressourceneinsatzes (Steuerungsziel), in dem die Gesundheitsausgaben gesamt gedämpft werden. Es wird lediglich die Belastung von der öffentlichen auf die private Hand verschoben, was entsprechende Umverteilungswirkungen zur Folge hat. Ein Grund für die ausbleibende Wirkung von Selbstbeteiligungen ist, dass im Gesundheitswesen Nachfrage und Angebot einander wechselseitig beeinflussen. Damit eine Selbstbeteiligung eine steuernde Wirkung entfalten könnte, müssten ganz allgemein einige Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Selbstbeteiligung muss spürbar sein.

Zwischen der Forderung, dass eine Selbstbeteiligung ausreichend hoch ist, und sozialen und gesundheitspolitischen Zielsetzungen besteht ein nahezu unauflösbarer Widerspruch. Vor allem einkommensschwache und chronisch kranke Personen werden von einer Selbstbeteiligung am stärksten betroffen. „Die Absicht, eine sowohl wirksame als auch sozial tragbare Selbstbeteiligungsregelung zu installieren, muss dagegen als der Versuch, die Quadratur des Kreises im Rahmen der Gesundheitspolitik zu demonstrieren, begriffen werden“ (Pfaff, zitiert in Rau 1992).

- Entstehende Kosten dürfen nicht anderweitig versicherbar sein.

Als eine Wirksamkeitsbedingung im weiteren Sinne muss die Bedingung begriffen werden, dass die Versicherten nicht über die Möglichkeit verfügen dürfen, sich durch den Abschluss von Zusatzversicherungen von einer direkten Selbstbeteiligung zu entlasten.

- Die Nachfrager können selbst über Art und Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen mitentscheiden.

Dieses Postulat kann nur bei einigen wenigen Gesundheitsgütern und -leistungen eingehalten werden (z. B. ärztliche Erstkontakte), da in den meisten Fällen die Entscheidung von Anbieterseite getroffen wird (z. B. Weiterüberweisungen, Veranlassung von diagnostischen Maßnahmen, etc.).

- Anbieter können den Nachfragerückgang nicht durch erhöhte Leistungsintensität kompensieren.

Wie internationale Untersuchungen nahe legen, ist vermutlich in vielen Gesundheitssystemen ein erheblicher Teil des Wirksamkeitsverlustes von Selbstbeteiligungen darauf zurückzuführen, dass die Anbieter einen allfälligen Nachfragerückgang aufgrund einer Selbstbeteiligung ausgleichen können. Um diesen Effekt annähernd zu vermeiden, müssen relevante Variablen - wie etwa die Honorierungsform oder die Struktur des Niveaus der Gebührenordnung - zuerst überprüft und steuernde Eingriffe vorgenommen werden.

Weitere Voraussetzungen sind darüber hinausgehend noch die Kenntnis der Versicherten über den jeweils von ihnen zu entrichtenden Preis. Auch ist darauf zu achten, dass die möglichen Einsparungen durch eine Selbstbeteiligung nicht durch den bei der Durchführung entstehenden Verwaltungsaufwand kompensiert werden.

Wie die Ausführungen hinsichtlich der Besonderheiten im Gesundheitswesen (Tendenz zur angebotsinduzierten Nachfrage) und die postulierten Wirksamkeitsvoraussetzungen nahelegen, ist in der Praxis die Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument - vor allem auch unter Beachtung von gesundheits- und sozialpolitischen Zielen - nur sehr eingeschränkt möglich.

Anhang

Anhang A

Meta-Analyse (iwi)

Tabelle A.1: Meta-Analyse/Proportionale Selbstbeteiligung/Gesamte Leistungen - Stichprobenmittelwert der jährlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf in € bzw. USD (Periodendurchschnitt 2001), Rand-Experiment/USA 1974-1977

Proportionale SB	Gesundheitsausgaben pro Kopf					
	Ambulante Ausgaben		Stationäre Ausgaben		Gesamtausgaben	
	€	USD	€	USD	€	USD
0 %	380	340	457	409	837	749
25 %	290	260	416	373	706	633
50 %	250	224	502	450	752	674
95 %	227	203	352	315	574	518

SB = Selbstbeteiligung

Quelle: Manning et al. 1987

Tabelle A.2: Meta-Analyse/Proportionale Selbstbeteiligung/Gesamte Leistungen - Jährliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Einkommensgruppen in Prozent, Rand-Experiment/USA 1974-1977

Proportionale SB	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Einkommensgruppen (in Prozent)		
	geringes Einkommen	mittleres Einkommen	hohes Einkommen
0 %	82,8	87,4	90,1
25 %	71,8	80,1	84,8
50 %	64,7	76,2	82,3
95 %	61,7	68,9	73,8

SB = Selbstbeteiligung

Quelle: Manning et al. 1987

Tabelle A.3: Meta-Analyse/Proportionale Selbstbeteiligung/Ambulante Leistungen - Fiktive 15%ige Selbstbeteiligung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, BRD, Berechnungsjahr 1991

Fiktive 15%ige Selbstbeteiligung bzw. Behandlungsscheingebühr	Höhe der Selbstbeteiligung	
	€	DEM
gesamt	1.471,40 Mio.	2.877,80 Mio.
je Mitglied ¹	37,84	74,-
je Nutzer ²	44,48	87,-
in % der Arztkosten	5,52 %	10,8 %

Mio. = Millionen

¹ Berechnungsbasis: alle Mitglieder, unabhängig von einem eventuellen Leistungsbezug

² Berechnungsbasis: Teilmenge der Mitglieder mit tatsächlichem Leistungsbezug

Quelle: Pfaff et al. 1994

Tabelle A.4: Meta-Analyse/Proportionale Selbstbeteiligung/Ambulante Leistungen - Zu erwartende Ausgabeneffekte infolge Selbstbeteiligung nach Selbstbeteiligungshöhe und Ausgabengruppen, BRD, Berechnungsjahr 1982

Proportionale Selbstbeteiligung	Wahrscheinlicher Ausgabeneffekt nach Ausgabengruppen		
	€ 0,- - 127,82 DEM 0,- - 249,99	€ 127,83 - 230,08 DEM 250,- - 449,99	ab € 230,09 ab DEM 450,-
20 %	-0,0787*	-0,0776	-0,0946
30 %	-0,124	-0,0582	-0,129
40 %	-0,272	-0,193	-0,194

* Leseanleitung: -0,0787 bedeutet einen Ausgabenrückgang um 7,87 %

Quelle: Zweifel 1992

Tabelle A.5: Meta-Analyse/Proportionale Selbstbeteiligung/Ambulante Leistungen - Zu erwartende Ausgabeneffekte infolge Selbstbeteiligung nach Alters- und Ausgabengruppen, BRD, Berechnungsjahr 1982

Altersgruppe ¹	Wahrscheinlicher Ausgabeneffekt nach Ausgabengruppen		
	€ 0,- - 127,82 DEM 0,- - 249,99	€ 127,83 - 230,08 DEM 250,- - 449,99	ab € 230,09 ab DEM 450,-
19 bis 24	-0,0533*	-0,138	-0,159
35 bis 44	0,0436	0,0301	0,0575
45 bis 54	0,129	0,138	0,183
55 bis 64	0,137	0,160	0,230
65 bis 74	0,301	0,340	0,430
75 bis 99	0,398	0,340	0,465

* Leseanleitung: -0,0533 bedeutet einen Ausgabenrückgang um 5,33 %

¹ die Gruppe der 25- bis 34-Jährigen fungiert als Benchmark-Gruppe

Quelle: Zweifel 1992

Tabelle A.6: Meta-Analyse/Proportionale Selbstbeteiligung/Arzneimittelbereich - Fiktive 10%ige Selbstbeteiligung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (Seehofer-Vorschlag 1992), BRD, Berechnungsjahr 1991

Fiktive 10%ige Selbstbeteiligung bzw. Rezeptgebühr	Höhe der Selbstbeteiligung	
	€	DEM
Gesamt	1.110,78 Mio.	2.172,5 Mio.
je Mitglied ¹	28,63	56,-
je Nutzer ²	35,28	69,-
in % der Arztkosten	4,35 %	8,50 %

Mio. = Millionen

¹ Berechnungsbasis: alle Mitglieder, unabhängig von einem eventuellen Arzneimittelbezug

² Berechnungsbasis: Teilmenge der Mitglieder mit tatsächlichem Arzneimittelbezug

Quelle: Pfaff et al. 1994

Tabelle A.7: Meta-Analyse/Proportionale Selbstbeteiligung/Arzneimittelbereich - Einfluss der Zuzahlungen (Regressionskoeffizienten) nach abhängigen Variablen, ausgewählte Länder, 1980 - 1997

Abhängige Variable	Regressionskoeffizienten
Ausgaben für Arzneimittel pro Kopf	0,042*
Ausgaben für verordnete Arzneimittel pro Kopf	0,026
Ausgaben für Selbstmedikation pro Kopf	-0,105
Ausgaben für die medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel pro Kopf	-0,050

* Leseanleitung: 0,042 bedeutet eine 4,2 %ige Zunahme

Quelle: BASYS 1999

Tabelle A.8: Meta-Analyse/Abzugsfranchise/Ambulante Leistungen - Ausgabeneffekte infolge proportionaler Selbstbeteiligung bzw. Abzugsfranchise nach Ausgabengruppen, BRD, Berechnungsjahr 1982

Proportionale Selbstbeteiligung bzw. Abzugsfranchise	Wahrscheinlicher Ausgabeneffekt nach Ausgabengruppen		
	€ 0,- - 127,82 DEM 0,- - 249,99	DEM 250,- - 449,99	ab € 230,09 ab DEM 450,-
20 %	-0,0869*		-0,0942
30 %	-0,0678		-0,114
40 %	-0,212		-0,198
Deductible DEM 250,-	-0,0871		-0,0562
Deductible DEM 450,-	n. v.		-0,124

* Leseanleitung: -0,0869 bedeutet eine Rückgang um 8,6 %

n. v. = nicht verfügbar

Quelle: Zweifel 1992

Tabelle A.9: Meta-Analyse/Abzugsfranchise/Ambulante Leistungen - Ausgabeneffekte infolge Abzugsfranchise nach Alters- und Ausgabengruppen, BRD, Berechnungsjahr 1982

Altersgruppe ¹	Wahrscheinlicher Ausgabeneffekt nach Ausgabengruppen	
	ab 127,83 ab DEM 250,-	ab € 230,09 ab DEM 450,-
19 bis 24	-0,140	-0,186
35 bis 44	0,0442	0,0391
45 bis 54	0,145	0,167
55 bis 64	0,198	0,214
65 bis 74	0,346	0,424
75 bis 99	0,364	0,388

* Leseanleitung: -0,140 bedeutet einen Rückgang um 14 %

¹ die Gruppe der 25- bis 34-Jährigen fungiert als Benchmark-Gruppe

Quelle: Zweifel 1992

Tabelle A.10: Meta-Analyse/Abzugsfranchise/Ambulante Leistungen - Ausgabeneffekte infolge Abzugsfranchise und Beitragsrückgewähr nach Altersgruppen, BRD, Berechnungsjahr 1982

Altersgruppe ¹	Wahrscheinlicher Ausgabeneffekt
	ab € 127,83 ab DEM 250,-
19 bis 24	0,0622*
35 bis 44	0,0350
45 bis 54	0,162
55 bis 64	0,138
65 bis 99	0,127

* Leseanleitung: 0,0622 bedeutet eine Zunahme um 6,22 %

¹ die Gruppe der 25- bis 34-Jährigen fungiert als Benchmark-Gruppe

Quelle: Zweifel 1992

Tabelle A.11: Meta-Analyse/Feste Gebühr/Stationäre Leistungen - Selbstbeteiligungshöhe in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Regelungsform (Regelung 1991, Seehofer Vorschlag, GSG 1993), BRD, Berechnungsjahr 1991

Bezugspunkt	Regelungsform	Selbstbeteiligungshöhe	
		€	DEM
gesamt	Regelung 1991	304,88 Mio.	596,3 Mio.
	Seehofer-Vorschlag	727,62 Mio.	1.423,1 Mio.
	GSG 1993	335,36 Mio.	655,9 Mio.
je Mitglied ¹	Regelung 1991	7,67	15,-
	Seehofer-Vorschlag	18,92	37,-
	GSG 1993	8,69	17,-
je Nutzer ²	Regelung 1991	45,50	89,-
	Seehofer-Vorschlag	108,39	212,-
	GSG 1993	50,11	98,-
in % der Arztkosten	Regelung 1991	1,20 %	
	Seehofer-Vorschlag	2,87 %	
	GSG 1993	1,32 %	

GSG = Gesundheitsstrukturgesetz

¹ Berechnungsbasis: alle Mitglieder, unabhängig von einem eventuellen Leistungsbezug

² Berechnungsbasis: Teilmenge der Mitglieder mit tatsächlichem Leistungsbezug

Quelle: Pfaff et al. 1994

Tabelle A.12: Meta-Analyse/Feste Gebühr/Arzneimittel - Selbstbeteiligungshöhe in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Regelungsform (Regelung 1991, GSG 1993), BRD, Berechnungsjahr 1991

Bezugspunkt	Regelungsform	Selbstbeteiligungshöhe	
		€	DEM
gesamt	Regelung 1991	572,25 Mio.	1.119,2 Mio.
	GSG 1993	1.192,66 Mio.	2.332,6 Mio.
je Mitglied ¹	Regelung 1991	14,83	29,-
	GSG 1993	30,68	60,-
je Nutzer ²	Regelung 1991	17,91	35,-
	GSG 1993	37,84	74,-
in % der Arztkosten	Regelung 1991	4,38 %	
	GSG 1993	9,12 %	

GSG = Gesundheitsstrukturgesetz

¹ Berechnungsbasis: alle Mitglieder, unabhängig von einem eventuellen Leistungsbezug

² Berechnungsbasis: Teilmenge der Mitglieder mit tatsächlichem Leistungsbezug

Quelle: Pfaff et al. 1994

Tabelle A.13: Meta-Analyse - Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung, BRD, 1975 - 1991

Jahr/Regelung	Arzneimittelausgaben der GKV		Veränderung	Veränderungen in %, bereinigt um Preisentwicklung, Negativlisten-Effekte und SB
	in Mio. €	in Mio. DEM	in %	in %
1975	4.551,01	8.901	+12,9	+6,7
1976	4929,88	9.642	+8,3	+5,4
1977/SB DEM 1,-	5.035,71	9.849	+2,1	-1,3
1978	5.445,77	10.651	+8,1	+3,8
1979	5.814,41	11.372	+6,8	+3,3
1980	6.428,47	12.573	+10,5	+5,0
1981	6.969,42	13.631	+8,4	+2,2
1982/SB DEM 1,50	7.035,38	13.760	+0,9	+1,2
1983/SB DEM 2,-	7.382,54	14.439	+4,9	+3,2
1984	7.948,03	15.545	+7,7	+4,8
1985	8.468,53	16.563	+6,5	+3,7
1986	8.999,25	17.601	+6,3	+5,0
1987	9.642,45	18.859	+7,1	+6,4
1988	10.465,63	20.469	+8,5	+7,0
1989/SB DEM 3,- u. Festbeträge	10.343,43	20.230	-1,3	+0,8
1990	10.135,43	21.779	+7,7	+7,6
1991	12.499,04	24.446	+12,2	+10,5

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

SB = Selbstbeteiligung

Quelle: Reichelt 1994

Tabelle A.14: Meta-Analyse/Indemnitätsregelung/Arzneimittelbereich - Einfluss der Indemnitätsregelung (Regressionskoeffizienten) nach abhängigen Variablen, ausgewählte Länder, 1980 - 1997

Abhängige Variable	Regressionskoeffizienten
Ausgaben für Arzneimittel pro Kopf	-0,038*
Ausgaben für verordnete Arzneimittel pro Kopf	-0,059
Ausgaben für Selbstmedikation pro Kopf	-0,204
Ausgaben für die medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel pro Kopf	-0,001

* Leseanleitung: -0,038 bedeutet einen Rückgang um 3,8 %

Quelle: BASYS 1999

Tabelle A.15: Meta-Analyse/Positivliste/Arzneimittelbereich - Einfluss einer Positivliste (Regressionskoeffizienten) nach abhängigen Variablen, ausgewählte Länder, 1980 - 1997

Abhängige Variable	Regressionskoeffizienten
Ausgaben für Arzneimittel pro Kopf	0,075*
Ausgaben für verordnete Arzneimittel pro Kopf	0,093
Ausgaben für Selbstmedikation pro Kopf	0,266
Ausgaben für die medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel pro Kopf	0,032

*Leseanleitung: 0,075 bedeutet eine Zunahme um 7,5 %

Quelle: BASYS 1999

Tabelle A.16: Meta-Analyse/Negativliste/Arzneimittelbereich - Einfluss einer Negativliste (Regressionskoeffizienten) nach abhängigen Variablen, ausgewählte Länder, 1980 - 1997

Abhängige Variable	Regressionskoeffizienten
Ausgaben für Arzneimittel pro Kopf	0,041*
Ausgaben für verordnete Arzneimittel pro Kopf	0,043
Ausgaben für Selbstmedikation pro Kopf	0,019
Ausgaben für die medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel pro Kopf	-0,006

*Leseanleitung: 0,041 bedeutet eine Zunahme um 4,1 %

Quelle: BASYS 1999

Tabelle A.17: Meta-Analyse/Bonus-Malus-Prämiensystem/Ambulante Leistungen - Ausgabeneffekte nach Altersgruppen, BRD, Berechnungsjahr 1982

Altersgruppe ¹	Wahrscheinlicher Ausgabeneffekt
19 bis 24	-0,124*
35 bis 44	0,042
45 bis 54	0,002
55 bis 64	0,055
65 bis 99	0,086

¹ die Gruppe der 25- bis 34-Jährigen fungiert als Benchmark-Gruppe

*Leseanleitung: -0,124 bedeutet einen Rückgang um 12,4 %

Quelle: Zweifel 1992

Anhang B

**Unterschiedliche Satzungsregelungen der Krankenversicherungsträger
nach dem ASVG, GSVG, BSVG und B-KUVG
Stand 1. Jänner 2002**

Quelle: HVST

§ 34 Abs. 1 Kieferregulierungen

VT	Kieferorthopädische Behandlungen, für die Tarifsätze vereinbart sind (Zuzahlung des Versicherten in % der vereinbarten Tarifsätze)		Kieferorthopädische Behandlungen, für die <u>keine</u> Tarifsätze vereinbart sind (Zuschuss der Kasse - höchstens den Kassenanteil der vereinbarten Tarifsätze)	
	pro Behandlungsjahr	für Reparatur	pro Behandlungsjahr	für Reparatur
GKK Wien	50 %	50 %	50 % *)	50 % *)
GKK Niederösterreich	50 %	25 %	50 % *)	75 % *)
GKK Burgenland	50 %	25 %	50 %	75 %
GKK Oberösterreich	50 %	50 %	50 %	50 %
GKK Steiermark	max. 50 %	max. 50 %	50 %	50 %
GKK Kärnten	50 %	50 %	50 %	50 %
GKK Salzburg	50 %	50 %	50 %	50 %
GKK Tirol	50 %	50 %	50 %	50 %
GKK Vorarlberg	max. 40 %	max. 25 %	max. 60 %	-
BKK Austria Tabak	25 %	25 %	75 %	75 %
BKK Verkehrsbetriebe	40 %	-	100 %	100 %
BKK Semperit	25 %	25 %	75 %	75 %
BKK Neusiedler	25 %	25 %	75 %	75 %
BKK Donawitz	25 %	25 %	75 %	75 %
BKK Zeltweg	35 %	35 %	65 %	65 %
BKK Kindberg	20 %	20 %	80 %	80 %
BKK Kapfenberg	50 %	50 %	50 %	50 %
BKK Pengg	50 %	50 %	50 %	50 %
VA d.ö.E. (§ 25)	30 %	30 %	70 %	70 %
VA d.ö.B.	25 %	25 %	75 %	75 %
BVA (§ 21)	50 %	50 %	381,53 € insgesamt (festsitzende Geräte)	-
SVA d. gewerbl. Wirtschaft	20 %, <u>ausgenommen "mit-versicherte" Kinder</u>	20 %, <u>ausgenommen "mit-versicherte" Kinder</u>	80 %, <u>für "mitversicherte" Kinder 100%</u>	80 %, <u>für "mitversicherte" Kinder 100%</u>
SVA d. Bauern (§ 21)	50 %	50 %	50 % höchstens 80 % des Rechnungsbetrages	-

Bandbreitenregelung gem. Mustersatzung 1999: 25% - 50%

*) Zuschuss höchstens 80 % des Kassenanteils der vereinbarten Tarifsätze

§ 35 ZAHNERSATZ

VT	Zuzahlung des Versicherten in % der vereinbarten Tarifsätze					
	Kunststoffprothesen		Metallgerüstprothesen		Vollmetallkronen an Klammerzähnen, Verblend-Metall-Keramikkronen, bei Teilprothesen	
	Anfertigung	Reparatur	Anfertigung	Reparatur	Anfertigung	Reparatur
GKK Wien	25 %	25 %	50 %	50 %	50 %	-
GKK Niederösterreich	25 %	25 %	50 %	25 %	50 %	-
GKK Burgenland	25 %	25 %	50 %	50 %	50 %	-
GKK Oberösterreich	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	-
GKK Steiermark	max. 40 %	max. 40 %	max. 50 %	max. 50 %	max. 50 %	-
GKK Kärnten	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	-
GKK Salzburg	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	-
GKK Tirol	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	-
GKK Vorarlberg	max. 25 %	max. 25 %	max. 40 % 25 % f.d. erforderlichen Zähne	max. 25 %	max. 40 %	-
BKK Austria Tabak	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	-
BKK Verkehrsbetriebe	25 %	-	40 %	-	40 %	-
BKK Semperit	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	-
BKK Neusiedler	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %
BKK Donawitz	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	-
BKK Zeltweg	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
BKK Kindberg	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	-
BKK Kapfenberg	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	-
BKK Pengg	25 %	25 %	50 %	50 %	50 %	-
VA d.ö.E. (§ 26)	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
VA d.ö.B.	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %
BVA (§ 19 Abs. 2)	20 %	20 %	50 %	50 %	50 %	50 %
SVA d. gewerbl. Wirtsch.	20 % <u>ausgenommen</u> <u>"mitversicherte"</u> <u>Kinder</u>	20 % <u>ausgenommen</u> <u>"mitversicherte"</u> <u>Kinder</u>	50 % <u>ausgenommen</u> <u>"mitversicherte"</u> <u>Kinder</u>	50 % <u>ausgenommen</u> <u>"mitversicherte"</u> <u>Kinder</u>	50 % <u>ausgenommen</u> <u>"mitversicherte"</u> <u>Kinder</u>	-
SVA d. Bauern (§ 21)	25 %	25 %	50 %	50 %	50 %	-

Bandbreitenregelung gem. Mustersatzung 1999: 25% - 50%

§ 38 KOSTENZUSCHÜSSE BEI FEHLEN VERTRAGLICHER REGELUNGEN

VT	I. Nichtärztliche Psychotherapeuten				
	60 Minuten Einzelsitzung in €	50 Minuten Einzelsitzung in €	30 Minuten Einzelsitzung in €	90 Minuten Gruppensitzung in €	45 Minuten Gruppensitzung in €
alle GKK (außer GKK Steiermark und GKK Vorarlberg)	21,80	-	12,72	7,27	5,09
GKK Steiermark	-	21,80	12,72	7,27	5,09
GKK Vorarlberg	-	21,80	12,72	7,27	5,09
BKK Austria Tabak	21,80	-	12,72	7,27	5,09
BKK Verkehrsbetriebe	21,80	-	12,72	7,27	5,09
BKK Semperit	21,80	-	12,72	7,27	5,09
BKK Neusiedler	21,80	-	12,72	7,27	5,09
BKK Donawitz	21,80	-	12,72	7,27	5,09
BKK Zeltweg	21,80	-	12,72	7,27	5,09
BKK Kindberg	21,80	-	12,72	7,27	5,09
BKK Kapfenberg*	-	21,80	12,72	7,27 max. 8 Personen	5,09 max. 8 Personen
BKK Pengg	-	21,80	12,72	7,27	5,09
VA d.ö.E. (§ 21)	21,80	-	12,72	7,27	5,09
VA d.ö.B.	21,80	-	12,72	7,27	5,09
BVA (§ 14)	21,80	21,80	12,72	7,27	5,09
SVA d. gewerbl. Wirt- schaft (§ 85 Abs. 2 lit. c GSVG)	-	21,80	12,72	7,27	5,09
SVA d. Bauern	17,44	-	10,17	5,81	4,07

*Beträge sind allenfalls um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen

§ 38 KOSTENZUSCHÜSSE BEI FEHLEN VERTRAGLICHER REGELUNGEN

VT	II. Ergotherapeutische Krankenbehandlung				
	30 Minuten in €	45 Minuten in €	50 Minuten in €	60 Minuten in €	Ärztlich ver- ordneter Haus- besuch in €
GKK Wien	8,72	-	-	16,71	-
GKK Niederösterreich	11,55	17,37	-	22,17	17,59
GKK Burgenland	8,72	-	-	16,71	-
GKK Oberösterreich	-	-	-		-
GKK Steiermark	8,72	-	16,71	-	-
GKK Kärnten	8,72	-	-	16,71	7,78
GKK Salzburg	-	-	-	-	-
GKK Tirol	-	-	-	-	-
GKK Vorarlberg	8,72	-	16,71	-	-
BKK Austria Tabak	8,72	-	-	16,71	-
BKK Verkehrsbetriebe	8,72	-	-	16,71	-
BKK Semperit	8,72	-	-	16,71	-
BKK Neusiedler	11,55	17,37	-	22,17	-
BKK Donawitz	8,72	-	16,71	-	-
BKK Zeltweg	8,72	-	-	16,71	-
BKK Kindberg	8,72	-	16,71	-	-
BKK Kapfenberg*	8,72	-	16,71	-	-
BKK Pengg	8,72	-	16,71	-	-
VA d.ö.E. (§ 20)	8,72	-	-	16,71	-
VA d.ö.B.	8,72	-	-	16,71	-
BVA (§ 14)	-	-	-	-	-
SVA d. gewerbl. Wirtschaft	-	-	-	-	-
SVA d. Bauern (§ 24 A)	-	-	-	-	-

* Beträge sind allenfalls um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen

° Begrenzt mit € pro Patient und Quartal und höchstens 80% der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten

§ 38 KOSTENZUSCHÜSSE BEI FEHLEN VERTRAGLICHER REGELUNGEN

VT	V. Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Krankenbehandlung				
	30 Minuten	45 Minuten	60 Minuten	Gruppentherapie (max. 5 Personen in 60 Minuten)	Hausbesuch
GKK Burgenland	22,09 €	33,07 €	43,60 €	11,99 €	17,80 € *
GKK Steiermark	15,99 €	23,98 €	-	-	7,78 €
BKK Kapfenberg	15,99 €	23,98 €	-	-	7,78 €
BKK Pengg	15,99 €	23,98 €	-	-	7,78 €

VT	Erstuntersuchung/ Statuserhebung (max. 1 x pro Kalender- jahr; bis zum 14. Lj. max. 2 x pro Kalenderjahr)	pro nachfolgender Kran- kenbehandlung zu 30 Minuten (max. 2 x pro Kalendertag)	Gruppensitzung (max. 4 Personen in 60 Minuten)	Hausbesuch (pauschaler Zuschlag)
GKK Salzburg	29,07 €	14,53 €	8,72 €	13,81 €

VT	Erstbehandlung mind. 60 Minuten - Befunderhebung und Erstellung des Be- handlungsplanes, max. 1x pro Halbjahr	Behandlung mind. 30 Minuten	Behandlung mind. 45 Minuten	Behandlung (Dop- peleinheit) mind. 60 Minuten	Hausbesuchs- zuschlag *
GKK Kärnten	31,98 €	15,99 €	23,98 €	31,98 €	7,78 €

* nach apoplektischem Insult und bei Bettlägrigkeit

° Beträge sind allenfalls um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen

* Werden zu gleicher Zeit mehrere, im selben Haushalt (Heimen, Internaten, Schulen, Ferienanlagen und dgl.) anwesende Patienten besucht, wird insgesamt nur ein Hausbesuchszuschlag (anteilig je Patienten) honoriert.

Anhang C

Behandlungsbeitrag-Ambulanz

Tabelle C.1: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Ambulanzbesuche nach Sozialversicherungsträgern, April bis Dezember 2001

Versicherungsträger	Anzahl der Ambulanzbesuche											
	Apr 2001	Mai 2001	Jun 2001	Juli 2001	Aug 2001	Sep 2001	Okt 2001	Nov 2001	Dez 2001	Insgesamt		
VA des österreichischen Bergbaues	2.295	6.370	5.599	5.882	5.517	4.954	5.348	5.245	4.589	45.799		
VA der österreichischen Eisenbahnen	9.397	26.198	23.104	23.272	22.064	21.228	14.412	11.204	9.007	159.886		
VA öffentlich Bediensteter	23.078	60.375	56.188	60.858	57.462	54.040	58.871	54.358	49.062	474.292		
Wiener Gebietskrankenkasse	70.658	200.020	181.586	190.433	188.999	184.546	207.386	182.213	166.858	1.572.699		
NÖ Gebietskrankenkasse	47.429	134.538	122.480	145.866	138.682	129.293	135.143	121.957	106.925	1.082.313		
Burgenländische Gebietskrankenkasse	6.285	17.312	16.290	12.780	11.509	15.402	16.691	15.669	13.017	124.955		
OÖ Gebietskrankenkasse	53.251	156.695	141.425	161.772	151.736	140.461	153.217	136.622	121.268	1.216.447		
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	30.763	77.315	72.118	94.165	94.045	84.751	96.530	89.584	76.481	715.752		
Kärntner Gebietskrankenkasse	18.646	43.504	39.677	46.274	46.170	41.825	41.571	38.186	34.313	350.166		
Salzburger Gebietskrankenkasse	12.271	40.914	37.460	44.511	41.961	40.085	44.374	39.061	34.320	334.957		
Tiroler Gebietskrankenkasse	30.632	83.652	75.548	80.846	77.368	70.456	83.049	78.485	66.629	646.665		
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	10.166	30.125	27.107	21.957	27.501	24.652	28.976	25.862	23.733	220.079		
Betriebskrankenkassen	3.776	10.379	9.366	10.592	9.652	9.219	10.021	9.244	8.038	80.287		
SVA der gewerblichen Wirtschaft	8.745	26.221	25.303	31.120	29.420	27.344	31.923	31.122	26.931	238.129		
SVA der Bauern	8.574	23.854	21.238	23.532	22.283	19.881	22.060	21.179	19.229	181.830		
ASVG-Kassen gesamt	286.172	800.824	728.656	815.078	793.140	745.644	822.306	742.128	656.171	6.390.119		
Alle Kassen	335.966	937.472	854.489	953.860	924.369	868.137	949.572	859.991	760.400	7.444.256		
Alle Kassen, pro Tag	27.997	30.241	28.483	30.770	29.818	28.938	30.631	28.666	24.529	28.966		

VA = Versicherungsanstalt

SVA = Sozialversicherungsanstalt

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Tabelle C.2: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Veränderung der durchschnittlichen Ambulanzbesuche pro Tag nach Sozialversicherungsträgern, April bis Dezember 2001

Versicherungsträger	Veränderung der Tagesfrequenz pro Monat in %									
	4/01-5/01	5/01-6/01	6/01-7/01	7/01-8/01	8/01-9/01	9/01-10/01	10/01-11/01	11/01-12/01		
VA des österreichischen Bergbaues	7,4	-9,2	1,7	-6,2	-7,2	4,5	1,3	-15,3		
VA der österreichischen Eisenbahnen	7,9	-8,9	-2,5	-5,2	-0,6	-34,3	-19,7	-22,2		
VA öffentlich Bediensteter	1,3	-3,8	4,8	-5,6	-2,8	5,4	-4,6	-12,7		
Wiener Gebietskrankenkasse	9,6	-6,2	1,5	-0,8	0,9	8,8	-9,2	-11,4		
NÖ Gebietskrankenkasse	9,8	-5,9	15,3	-4,9	-3,7	1,2	-6,7	-15,2		
Burgenländische Gebietskrankenkasse	6,6	-2,8	-24,1	-9,9	38,3	4,9	-3,0	-19,6		
OÖ Gebietskrankenkasse	13,9	-6,7	10,7	-6,2	-4,3	5,6	-7,9	-14,1		
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	-2,7	-3,6	26,4	-0,1	-6,9	10,2	-4,1	-17,4		
Kärntner Gebietskrankenkasse	-9,7	-5,8	12,9	-0,2	-6,4	-3,8	-5,1	-13,0		
Salzburger Gebietskrankenkasse	29,1	-5,4	15,0	-5,7	-1,3	7,1	-9,0	-15,0		
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,7	-6,7	3,6	-4,3	-5,9	14,1	-2,3	-17,8		
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	14,7	-7,0	-21,6	25,2	-7,4	13,7	-7,8	-11,2		
Betriebskrankenkassen	6,4	-6,8	9,4	-8,9	-1,3	5,2	-4,7	-15,9		
SVA der gewerblichen Wirtschaft	16,1	-0,3	19,0	-5,5	-4,0	13,0	0,7	-16,3		
SVA der Bauern	7,7	-8,0	7,2	-5,3	-7,8	7,4	-0,8	-12,1		
ASVG-Kassen insgesamt	8,3	-6,0	8,3	-2,7	-2,9	6,7	-6,7	-14,4		
Alle Kassen	8,0	-5,8	8,0	-3,1	-3,0	5,9	-6,4	-14,4		

VA = Versicherungsanstalt

SVA = Sozialversicherungsanstalt

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Tabelle C.3: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Struktur und Entwicklung der Ambulanzbesuche nach Betreuungsschein, alle Sozialversicherungsträger, April bis Dezember 2001

Art des Betreuungsscheines	Ambulanzbesuche		Zahl der Ambulanzbesuche, Zeitreihe April bis Dezember 2001, absolut											
	absolut	in %	April 2001	Mai 2001	Juni 2001	Juli 2001	Aug 2001	Sep 2001	Okt 2001	Nov 2001	Dez 2001			
kein Betreuungsschein	377.497	5,1	26.623	71.804	67.027	46.567	46.728	40.180	30.795	23.596	24.177			
Krankenkassenscheck	571.730	7,7	18.184	49.744	45.380	78.775	75.333	65.350	84.039	76.591	78.334			
Überweisungsschein	1.715.971	23,1	77.371	215.269	194.861	233.875	204.413	199.497	237.146	200.125	153.414			
Ambulanzschein für stationäre Nachbehandlung	246.939	3,3	11.015	28.785	25.859	34.008	33.026	29.643	30.864	28.256	25.483			
Erste-Hilfe-Schein	498.363	6,7	23.326	67.869	65.766	70.853	69.864	60.887	60.812	38.884	40.102			
Zweitleistungsschein (Überweisung von einer Ambulanz in andere in einem anderen/neuen Behandlungsfall)	93.813	1,3	5.904	14.470	11.833	12.637	11.814	11.066	10.453	8.401	7.235			
ambulante Wiederbestellung	3.094.309	41,6	136.690	390.804	354.468	370.475	380.145	366.046	377.565	378.877	339.239			
Notarzteinweisung	13.964	0,2	533	1.831	1.737	1.758	1.772	1.476	1.592	1.586	1.679			
Überweisungsschein von einer Ambulanz in eine andere im selben Behandlungsfall	830.195	11,2	36.229	96.656	87.297	104.469	100.978	93.848	116.306	103.675	90.737			
ungültiger Betreuungsscheincode	1.475	0,0	91	240	261	443	296	144	-	-	-			
Insgesamt	7.444.256	100,0	335.966	937.472	854.489	953.860	924.369	868.137	949.572	859.991	760.400			

Quelle: HVST - Ambulanzstatistik 2001, 19. April bis 31. Dezember 2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

Tabelle C.4: Behandlungsbeitrag-Ambulanz - Veränderung der Anzahl der bundesweit abgerechneten Krankenscheine und der abgerechneten Beiträge der § 2-Kassenärzte nach Fachrichtungen in Prozent, 1999 bis 2001

Veränderung der Anzahl der Krankenscheine in Prozent																	
	A	PUL	AU	CH	DER	GYN	IM	KI	L	LAB	NEU	NC	OR	PTH	RAD	URO	UC
99/I - 00/I	-1,5	6,6	7,1	6,3	3,5	3,7	2,7	3,2	3,6	8,2	7,8	7,7	5,1	5,5	5,0	9,1	0,2
00/I - 01/I	-1,1	-3,2	3,3	8,7	0,3	-1,4	2,9	3,7	2,4	6,7	4,4	-2,1	4,0	5,3	-1,2	1,4	-11,8
99/II - 00/II	0,5	-2,7	0,0	0,3	1,2	-2,6	-0,9	1,9	1,2	0,4	2,6	6,8	-2,0	0,1	-2,5	4,7	2,6
00/II - 01/II	-0,1	8,1	2,5	5,0	-0,6	-1,8	3,1	2,2	2,0	6,3	3,8	-13,3	2,7	0,6	3,0	2,1	-3,2
99/III - 00/III	-1,7	-5,0	0,2	2,4	-5,8	-1,6	0,4	-2,0	-0,9	0,6	2,6	-9,5	-0,5	0,5	-2,0	0,5	-13,3
00/III - 01/III	0,9	7,1	3,6	6,7	5,5	0,4	3,8	3,7	3,8	8,9	3,6	-2,8	3,9	3,2	4,2	6,8	6,0
99/IV - 00/IV	-1,9	-2,3	4,6	7,4	-0,4	1,8	2,7	-1,0	2,2	6,7	0,4	-4,0	3,4	2,2	-1,1	3,7	-3,3
00/IV - 01/IV	0,5	1,8	-0,1	3,3	1,8	-0,5	1,4	2,4	2,2	5,7	4,6	-5,6	2,2	-3,2	4,0	5,1	7,9
1999-2000	-1,2	-0,5	3,0	4,1	-0,3	0,3	1,2	0,6	1,6	4,0	3,3	0,1	1,5	2,1	0,0	4,6	-3,2
2000-2001	0,0	2,9	2,3	5,9	1,6	-0,8	2,8	3,0	2,5	6,8	4,1	-5,9	3,2	1,4	2,3	3,7	-1,6
Veränderung der abgerechneten Beträge in Prozent																	
99/I - 00/I	-0,8	7,6	8,8	8,0	4,1	3,0	4,9	3,0	5,4	4,4	8,7	10,2	7,9	11,0	2,0	8,9	-3,9
00/I - 01/I	-1,9	-2,7	3,2	9,5	-0,1	-2,2	4,1	3,0	2,9	-0,2	3,1	2,8	2,2	4,9	-1,3	1,9	-10,3
99/II - 00/II	0,5	-2,2	0,7	1,7	-0,1	-1,5	1,1	1,3	3,0	-2,0	2,6	8,7	-0,3	5,2	-3,8	4,3	-10,0
00/II - 01/II	0,1	8,9	3,6	5,5	0,2	-2,5	3,8	1,9	3,1	1,5	4,7	-16,0	1,7	-0,6	3,4	2,0	2,8
99/III - 00/III	-0,9	-3,9	2,7	5,6	-5,9	-1,5	1,9	-0,2	1,4	0,4	3,7	-9,1	0,6	3,2	-2,0	0,6	-9,8
00/III - 01/III	2,5	7,8	6,1	10,7	7,6	1,0	6,3	3,4	5,3	-14,4	5,6	-6,3	4,9	2,2	7,2	6,7	7,1
99/IV - 00/IV	-0,9	-0,3	6,4	7,9	0,7	1,6	4,7	1,1	4,2	-5,1	3,2	0,2	2,6	-1,7	3,3	3,8	4,3
00/IV - 01/IV	1,7	1,5	1,9	7,2	3,0	0,2	2,4	2,0	3,3	10,1	5,5	-2,2	2,6	6,4	3,6	4,4	-4,7
1999-2000	-0,5	0,7	4,7	5,8	-0,1	0,4	3,2	1,4	3,6	-0,5	4,5	2,3	2,7	4,3	0,0	4,5	-4,8
2000-2001	0,5	3,3	3,6	8,1	2,4	-0,9	4,1	2,6	3,6	-0,8	4,7	-5,3	2,8	3,3	2,9	3,6	-2,3

A = Allgemeinmedizin
 PUL = Pulmologie
 AU = Augenheilkunde
 CH = Chirurgie
 DER = Dermatologie
 GYN = Gynäkologie
 IM = Innere Medizin
 KI = Kinder- und Jugendheilkunde
 L = Laryngologie
 LAB = Labor
 NEU = Neurologie
 NC = Neurochirurgie
 OR = Orthopädie
 PTH = Physiotherapie
 RAD = Radiologie
 URO = Urologie
 UC = Unfallchirurgie

Quelle: HVST - Ärztekostenstatistik 1999-2001; ÖBIG-eigene Auswertungen und Berechnungen

